Nr 15 11 kwietnia 1937 Rok XVI

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Dr Zygmunt DZIEMBOWSKI. Bydgoszcz.
Chirurg naczelny szpitala miejskiego w Bydgoszczy.

Wyniki zabiegów chirurgicznych na nadnerczu.

Najłatwiej zrozumiałe wskazanie do zabiegu operacyjnego na nadnerczu stanowią nowotwory lub torbiele, które usuwać wypada z powodu objawów uciskowych lub ze względów na niebezpieczeństwo, jakie one przedstawiają, jeśli są natury złośliwej. Nie potrzeba dodawać, że operacje wykonywane z tych powodów na nadnerczu są najstarsze, jeżeli przyjrzymy się sprawie z punktu widzenia historycznego. Powracając zaś do wskazań, to umotywowanie ich uważać można za rzecz znaną powszechnie, nie różniącą się w tym względzie od nowotworów i torbieli umiejscowionych gdzie indziej.

Inaczej już sprawa się przedstawia, kiedy mamy do czynienia z nowotworami nie sprawiającymi tych wyżej wspomnianych, ogólnie znanych objawów, tylko objawiającymi się przez zmiany, wywołane — jak to bywa w tego rodzaju schorzeniach i innych gruczołów dokrewnych — wpływem nowotworu na dokrewne wydzielanie nadnercza. Dla przykładu wspominam tu o nadciśnieniu napadowym, wywołanym przez gruczolaka części rdzeniowej nadnercza lub o zespole objawów płciowo-nadnerczowych *(syndrome génito-surrénal)*, wynikających z obecności nowotworu w korze nadnercza. W tych przypadkach mniejsze znaczenie ma usunięcie nowotworu aniżeli wpływ zabiegu na wadliwą czynność wydzielniczą gruczołu. Wspomnę o tym, że całkiem inne trudności przedstawiają się w tym wypadku nie tylko operatorowi, ale i diagnoście, bo chodzi tu często o guzki bardzo małe i trudne nawet bywa tu często oznaczenie, po której stronie znajduje się guz.

Nowoczesna chirurgia jednak nie tylko tam szuka pola do popisu, gdzie w nadnerczu jest sprawa nowotworowa, lecz przystępuje obecnie też do zmienienia na lepsze przez zabieg operacyjny nieprawidłowej czynności wydzielniczej nadnerczy, i to w takich razach, w których nie tylko nie ma nowotworu, lecz co najwyżej istnieje wybujałość gruczołu lub wręcz stan pod względem anatomicznym lub histologicznym prawidłowy. A więc stosowali już i stosują po dziś dzień chirurdzy w takim celu wycięcie częściowe lub jednostronne gruczołu nadnerczowego lub inne operacje na tym narządzie, w szczególności zaś odnerwienie nadnerczy. Dalej wymienić należy operacje na innych gruczołach dokrewnych (np. na trzustce) wykonywane w celu wywarcia wpływu tą drogą na czynność nadnerczy, a przede wszystkim też usiłowania uzupełnienia braku czynności nadnerczy (np. w chorobie Addisona) za pomocą wszczepienia zdrowego nadnercza.

Choroba Addisona należy do najdawniej znanych spraw chorobowych wywołanych niedomogą tych gruczołów dokrewnych. Tak samo zaliczać należy próby zastąpienia braku nadnercza przez wszczepienie do organizmu zdrowej tkanki nadnerczowej drogą operacyjną do najstarszych usiłowań chirurgii w tej właśnie dziedzinie. W ogóle jednak niewiele dodatnich szczegółów przytoczyć tu można. Jeśli chodzi o doświadczalną i teoretyczno-podstawową stronę, to najpierw podkreślić trzeba, że miąższ nadnercza po wolnym przeszczepieniu znika szybko; jedynie Habererowi udało się przez wszczepienie do nerki kawałka nadnercza, jednak posiadającego szypułę zawierającą naczynia odżywcze, otrzymać w nerce rozwój tkanki chromochłonnej. Tkanka korowa lepiej nieco się utrzymuje po jej przeszczepieniu. Toteż pewne wyniki, jak przybranie na wadze chorych na chorobę Addisona po przeszczepieniu im zdrowego ludzkiego nadnercza lub poprawa apetytu, ciśnienia tętniczego, powrót miesiączkowania, a nawet odrost uwłosienia w pachach i okolicy sromowej, osiągnęli tą drogą chirurdzy (Leschke, Reinhart, Hurst, Tanner, Osman, Pybus, Halpern, Arkusenko). Dimitrjew i Kanewski otrzymali nawet korzystne wyniki, wszczepiając tkankę nadnerczową zwierzęcą; są jednak bardzo liczne niepowodzenia, a nawet, jak stwierdzają Leriche i Monier-Vinard, wyniki wręcz ujemne czyli gwałtowne pogorszenia. Toteż słuszność, mojem zdaniem, mieli Leibovici (Paryż) i Stricker (Mulhouse), którzy w swym referacie na zjeździe chirurgów francuskich w roku 1934 określili wyniki chirurgii na tym polu za rzecz całkiem problematyczną. To samo rzec można o wynikach otrzymanych tą drogą w leczeniu niedokrwistości złośliwej (Stephen). Leczenie wyciągami z nadnercza więcej obiecuje w dobie obecnej i na przyszłość, aniżeli omawiane operacje; taką jest opinia po dziś dzień nie tylko internistów, obeznanych z zachowawczym postępowaniem i jego wynikami, lecz i tych chirurgów, którzy przeszczepieniem próbowali osiągnąć wyniki w sprawach chorobowych wywołanych brakiem nadnercza.

Przechodząc do omówienia wyników wycięcia lub operacyjnego zmniejszania albo odnerwienia nadnercza w sprawach chorobowych, wywołanych nadmierną jego czynnością, przytoczę nasamprzód wyniki otrzymane tym sposobem w padaczce, a to dlatego, że w sprawie tej, można już powiedzieć, istnieje jednomyślność. Wiadomym jest, że nadzieje zawiodły zupełnie. Posiadam szereg własnych spostrzeżeń, bo w kilku przypadkach padaczki (oczywiście ze zrozumiałych powodów operowałem tylko bardzo ciężkie przypadki) spróbowałem zastosować jednostronne wycięcie nadnercza. We wszystkich przypadkach operacja zawiodła; nie tylko poprawy nie było, ale wręcz odniosłem wrażenie, że zabieg przyspieszyć może wywiązanie się ostatecznego stanu padaczkowego *(status epilepticus)*. Jak wiemy, przede wszystkim Krasser, Wiegand i H. Fischer na podstawie swych badań starali się wykazać, że zdolność kurczenia się włókien mięśniowych, ich napięcie i podatność organizmu zwierzęcego do sztucznie wywoływanych napadów skurczowych zależną jest od stanu układu chromochłonnego. Doświadczalnie wykazano np., że skurcze spowodowane u zwierząt za pomocą *amylium nitrosum* nie pojawiają się, jeżeli wycięto nadnercze. Natomiast jednostronne wycięcie nadnercza, nawet z dodatkowym częściowym wycięciem jego po drugiej stronie, u człowieka chorego na padaczkę pozostaje bez wyniku. Wykazali to Kuttner i Wollenberg, choć inni chirurdzy, na podstawie niektórych jakoby pomyślnych obserwacyj, donosili o wynikach dodatnich (Bruning, Bumke, Kutscha-Lissberg, Sultan, Chiari).

Teoretyczne uzasadnienie wycięcia nadnercza w celu zwalczania nadciśnienia samoistnego opiera się na stwierdzeniu w nadnerczu zmian, wskazujących na nadczynność tego gruczołu. Dość sprzeczne w ogóle były wprawdzie dotąd doniesienia w tej sprawie, bo niezgodne z obserwacją, w których nadciśnienie można było łączyć z nadmiernym rozwojem kory nadnercza, opisywali inni znów badacze przerost części rdzeniowej. Oprócz prac Vaquez'a, Josuégo i Dutkoit'a na uwagę zasługują prace Goldziehera, który jako znawca anatomii nadnercza w szeregu przypadków nadciśnienia u młodych osobników znajdował niemal regularnie zmiany o charakterze przerostowym w nadnerczu, a w szczególności w części rdzeniowej oraz w mięśniówce żył, które wskazują na nadprodukcję hormonu nadnerczowego. Pierwsze wycięcia nadnerczy z powodu nadciśnienia wykonane zostały z polecenia Vaquez'a; chorzy zmarli wkrótce po operacji. Obserwacja Volhard'a, za którego radą wykonano wycięcie nadnercza u umysłowo chorej z ciśnieniem 240 mm, wykazała tylko przejściowy spadek ciśnienia. Oględziny pośmiertne zaś wykazały tak znaczny przerost drugiego, pozostałego nadnercza, że należy przyjąć, iż ono w krótkim czasie przejęło czynność wydzielniczą obu nadnerczy. Flörcken w jednym przypadku przekazanym mu przez Stephan'a nie otrzymał żadnego wyniku, choć wycięte nadnercze wykazywało cechy przerostu; w drugim zaś przypadku również przez Stephan'a przekazanym do operacji, w którym chodziło o 36-letnią chorą z ciśnieniem do 280 mm i dość wybitnym zwiększeniem liczby krwinek czerwonych, otrzymał Flörcken wynik pomyślny, bo ustąpiły bóle głowy i dokuczliwa bezsenność, a ciśnienie zmniejszyło się dość wybitnie. Na wzmiankę zasługuje w tym przypadku to, że po operacji nastąpiło wzmożenie się ilości zaczynów we krwi, powodujących jej krzepnięcie, których ilość była znacznie zmniejszona przed operacją; ten fakt wska

zuje do pewnego stopnia na słuszność przypuszczenia Stephan'a, że niedobór wspomnianych zaczynów i poliglobulia, towarzyszące w niektórych przypadkach nadciśnieniu, są wywołane przez zmniejszenie się czynności układu siateczkowo-śródbłonkowego w śledzionie z powodu nadczynności kory nadnercza. Głębokie jednak naświetlania promieniami X, wykonane w myśl powyżej określonego teoretycznego uzasadnienia w tych przypadkach nadciśnienia, najzupełniej zawiodły.

Galata (Rzym) przekazał do operacji — straciwszy z powodu samoistnego nadciśnienia w okresie przekwitania kilka chorych mimo stosowania leczenia zachowawczego — jedną chorą prof. Antonucciému. Wynik operacji był dobry; ciśnienie opadło znacznie, stan chorej poprawił się pod każdym względem.

Zdaniem Galaty chore, u których w okresie przekwitania pojawia się nadciśnienie i poważne z nim złączone przypadłości, wykazują często cechy hipertonii układu współczulnego, wyglądają one młodo, płeć ich jest czerstwą, mają objawy czerwienicy *(aspectus plethoricus)* i nadmiernej czynności wydzielniczej tarczycy *(hyperthyreoidismus)*; znamienne są silne bóle głowy, zwłaszcza w potylicy, nieraz bardzo dręczące. Właśnie w takich przypadkach, w których rzuca się w oczy równoczesna nadczynność tarczycy, wycięcie nadnercza ma dawać dobre wyniki (Leibovici, Stricker, Galata, Crile). W każdym razie fakt, że niewątpliwie w przekwitaniu jest nadczynność nadnercza, które uzyskuje wówczas przewagę dlatego, że jajnik traci na sile i wskutek tego ustaje równowaga pomiędzy jajnikiem a nadnerczem (Pende, Sergent, Mignot), przemawia za słusznością teoretycznego uzasadnienia epinefrektomii w wyżej omawianych okolicznościach.

By przytoczyć kilka pouczających przypadków, wspomnę o obserwacjach, które opublikowali Monier-Vinard i Demarest; autorzy ci otrzymali dobry wynik odległy po początkowo niepewnym okresie, zastosowawszy omawianą operację w przypadku o cechach wyżej opisanych, z napadowymi okresami nasilenia objawów; Wilmoth otrzymał dzięki operacji długotrwałe obniżenie ciśnienia, jednak bez znaczniejszej poprawy ogólnej; Meillère, Piotrowski, Ody i Leriche uzyskali także tą drogą pomyślne wyniki. Przypadek, który referowali Ody i Piotrowski, zdaniem Askanazy'ego, Leibovici'ego oraz Stricker'a nie powinien być zaliczony do tej kategorii przypadków, lecz raczej do nowotworów części korowej nadnercza, a to ze względu na jej gruczolakowy przerost.

Nie bez słuszności mówi Wilmoth, że zmiany w korze nadnerczy, mogące być powodem jej nadmiernego wydzielania i tym samym nadciśnienia, mogą przecież być tylko jednostronne, czego nie można ani przewidzieć ani rozpoznać. Niepowodzenia operacji, jeśli polega ona na jednostronnej epinefrektomii, nie trudno wobec tego wytłumaczyć: polegać ono może po prostu na tym, że wycięto zdrowe lub mniej zmienione nadnercze. Fakt ten daje oczywiście do myślenia, czy nie należało by stosować zabiegów na obu nadnerczach (hemi-epinefrektomia obustronna); to jednak znacznie wikłało by postępowanie operacyjne; można by także zastąpić operację głębokim naświetlaniem obu nadnerczy. Co do tego, najzupełniej potwierdzić mogę spostrzeżenia Stephan'a, bo, tak jak on, przekonałem się o bezowocności tego postępowania w danych wypadkach. Nie jestem natomiast w możności potwierdzić dobrych wyników chirurgicznych lub też im zaprzeczyć na mocy własnych doświadczeń operacyjnych, bo nie mogłem się dotąd zdecydować na taką operację w omawianych przypadkach. Nie można bowiem ująć kwestii tej inaczej, jak ją w swym referacie *(Congrès français de Chirurgie* — 1934 r.) ujęli Stricker i Leibovici, którzy stwierdzają, że ogłoszone dobre wyniki operacyjne nie wystarczają jeszcze, by można zalecić wycięcie nadnercza jako zabieg skuteczny i dający pewną rękojmię dobrego wyniku; za wynik dobry uważać by trzeba długotrwałe ustąpienie nadciśnienia i towarzyszących mu przypadłości. Nie ma przecież dowodu na to, by nadciśnienie uważać można za sprawę specjalnie nadnerczową, choć nie da się zaprzeczyć, że gruczoł ten ma znaczenie w powstawaniu nadciśnienia. Wyniki operacyjne, o których mowa, tłumaczone mogą być też w ten sposób, że nie usuwa się istotnego ogniska chorobotwórczego, ale usuwa się tylko jedno ogniwo. Anatomia i fizjologia nadnerczy — przypominam przytoczone zdanie Goldzieher'a — trudne są do wytłumaczenia. Zmiany histologiczne trudne są do rozpoznania; czasem trudno ich się doszukać, ale na odwrót nie trudno o to, by strukturę w istocie normalną ocenić jako tzw. przerost gruczolakowaty. Toteż nie brak sporów między uczonymi w tej dziedzinie, i to nawet w zagadnieniach stosunkowo dość prostych. Tak np. bezwzględna większość fizjologów nie przyznaje żadnego znaczenia korze nadnercza w produkcji adrenaliny, natomiast Langeron i Lohéac wykazali, że istnieją guzy nowotworowe kory zawierające bardzo wielką ilość adrenaliny. Te spostrzeżenia potwierdzone przez Volharda, Oppenheimer'a i Fischberga, a wykazujące niezbicie, że nadciśnienie w danych wypadkach było skutkiem obecności gruczolaków kory nadnercza, nadprodukujących adrenalinę, stoją w sprzeczności z faktem tak ważnym i przez histologów i fizjologów ogólnie uznanym, że kora nadnercza nie jest miejscem produkcji adrenaliny. Potrzeba więc jeszcze dalszych badań anatomicznych i fizjologicznych w tej dziedzinie. Mimo podanych dobrych wyników trudno się, wobec niepewności na tym polu, wypowiedzieć o istotnej wartości i powodzeniu omawianej operacji (Stricker, Leibovici). Nie od rzeczy też będzie wspomnieć na tym miejscu o fakcie, że nadnercza bywają nierówne po obu stronach. Znane są wypadki, w których wycięto po jednej stronie bardzo znacznie powiększone nadnercze nowotworowo zmienione z oznakami przerostu części rdzeniowej, a wkrótce potem nastąpiło zejście śmiertelne na skutek zupełnego braku nadnerczy, a to dlatego, że drugiego nadnercza prawie nie było. Pamiętać też trzeba zawsze i o tym, że nadciśnienie powodować mogą schorzenia nerek. Mogą one objawić się po operacji w sposób nader ujemny i wręcz fatalny.

Ostatnio szereg autorów poświęca dość dużo miejsca pewnemu gatunkowi nowotworów części rdzeniowej nadnercza, które, produkując i zawierając wielkie ilości adrenaliny, powodują nadciśnienie napadowe *(hypertension paroxystique)*. Niewiele dotąd takich przypadków spostrzegano i opisano; wedle statystyki Rabin'a 36, wedle Goldzieher'a z 1932 roku 42 przypadki. Chodzi o łagodny nowotwór części rdzeniowej *(surrénalome médullaire)* o charakterze *paraganglioma* (Mayo, Shipley, Porter, Suermondt, Leriche, Kalk, Alezais, Peyron, Lohéac, Azémar). Dane kliniczne, które dotąd o tej sprawie posiadamy, wykazują niezbicie, że leczenie zachowawcze jakiekolwiek, a w szczególności radioterapia są bezowocne: u osobników młodszych, u których pojawia się okresowe nadciśnienie, ze względu na możliwość takiego nowotworu nadnerczowego, zaleca się kontrolę chirurgiczną i w razie potrzeby wycięcie nowotworu lub nadnercza nim dotkniętego. W przebiegu klinicznym odróżnić się dają wedle Bernal'a dwa okresy; w pierwszym poza napadami nadciśnienia ciśnienie jest prawidłowe; w późniejszym okresie jest stałe nadciśnienie i wszystkie niebezpieczeństwa ze strony serca, nerek i naczyń krwionośnych zagrażają choremu, tak jak w innych, znanych z praktyki codziennej, rodzajach nadciśnienia. W początkach widzi się przejściowe, okresowo pojawiające się bóle głowy, zaburzenia w trawieniu, niepokój, objawy psycho-neurozy itp. Przy dokładnej obserwacji winno uderzyć skrupulatnego badacza przede wszystkim wybitne podwyższenie ciśnienia w czasie wystąpienia napadów, przy czym występuje ogólne osłabienie, chory gwałtownie blednie, odczuwa niedowład, swędzenie, a wreszcie skurcze w kończynach. Znamienne są następnie pojawiające się bóle w nadpępczu, postępujące ku klatce piersiowej i podobne do dusznicy bolesnej, promieniujące do ramion i szyi; wkrótce przyłącza się też silny ból głowy i brak tchu. Napad taki ustępuje w pierwszych okresach choroby zazwyczaj już po niecałej pół godzinie i to bardzo szybko; chory czuje się bardzo znużony, ciśnienie opada do normy. Napady bywają czasem silniejsze, czasem słabsze, przychodzą w różnych stopniowo coraz krótszych odstępach czasu. W końcu wytwarza się nadciśnienie stałe, przy czym zwykle jest już stały białkomocz, wałeczki w moczu i azotemia, wskazujące na zmiany w nerkach; serce wykazuje wtedy przerost lewej komory. Zejście śmiertelne następuje wśród oznak mocznicy i śpiączki mocznicowej.

Co do leczenia omawianej sprawy chorobowej, to Stricker i Leibovici w wymienionym wyżej referacie wyrazili się o wynikach wycięcia nadnercza jak najkorzystniej, zaliczając je do najpiękniejszych wyników chirurgii w dobie obecnej. C. H. Mayo poszczycić się może dobrym wynikiem osiągniętym u 30-letniej chorej, który utrzymuje się od lat 7. Chora ta miała codziennie napady o znamionach wyżej opisanych, w czasie których ciśnienie podwyższało się ze 130 mm do 280 mm. Zabieg wykonano ze względu na silne bóle brzucha w czasie napadów, jako laparotomię próbną, która miała prócz tego na celu w razie potrzeby zabieg na układzie nerwowym trzewiowym. Prócz dość znacznego powiększenia nadnerczy, a w szczególności lewego znaleziono obok nerki lewej po jej stronie wewnętrznej guz wielkości prawie kurzego jaja, który usunięto. Szczegółowe przez szereg znawców przeprowadzone badania tego tworu doprowadziły do ustalenia rozpoznania gruczolaka o pochodzeniu nadnerczowym. Nadmienić tu należy że umiejscowienie gruczolaka nadnerczowego powodującego nadciśnienie okresowe

poza obrębem nadnercza opisał też Leriche, czyli że, jak to podają Stricker i Leibovici, na 7 przypadków stwierdzonego i z pomyślnym wynikiem usuniętego *„surrénalome medullaire hypertensif“* dwukrotnie ów *„surrénalome“* znajdował się poza obrębem samego nadnercza. W przypadku Leriche'a sprawa przedstawiała się o tyle interesująco, że chory jego był już poprzednio operowany we Wiedniu i wtedy stwierdzono brak zmian w nadnerczach. Leriche wykonując drugi zabieg stwierdził jednak niezwykłe na daną okolicę unaczynienie, obfite w okolicy nerki lewej, poza tym znalazł pomiędzy tętnicą główną brzuszną a kręgosłupem guz wielkości wiśni, który usunął. Badania tego guzka przeprowadzone zostały przez prof. Policard'a, który rozpoznał *paraganglioma extra-suprarenale*. Chory wyzdrowiał; napady nadciśnienia codzienne, połączone z niepokojem, dusznicą, mdłościami, objawami naczynioruchowymi, powodującymi nagłą bladość, zwłaszcza kończyn, nader gwałtownym biciem serca itd. ustały po usunięciu wspomnianego guzka. Dalsze opisy przypadków *suprarenaloma hypertensivum* operowanych z pomyślnym wynikiem podali w piśmiennictwie Shipley (Baltimore), Porter jun. et sen. (Fort Wayne, Indiana U. S. A.), Suermondt (Leyden), Kalk, Meillère i Olivier.

Jeżeli teraz mam omówić wartość wycięcia nadnercza celem zwalczenia nadciśnienia, to postawiłbym sprawę, jak następuje: jasnym jest, że liczba przypadków operowanych i otrzymanych wyników jest niedostateczna i właściwie o wnioskach nie podobna mówić w chwili obecnej. Natomiast w takich przypadkach, w których stoimy wobec bezowocności leczenia zachowawczego i wobec zupełnego braku innych przyczyn nadciśnienia nie powinniśmy się ociągać z przystąpieniem do operacji. Pomyślny wynik może dać operacyjne usunięcie zmian nowotworowych w części rdzeniowej nadnercza *(suprarenaloma medullare hypertensivum v. paraganglioma)* połączonych ze znamiennym zespołem objawów nadciśnienia napadowego. Dobre wyniki już kilkakrotnie dawało też jednostronne wycięcie nadnercza w nadciśnieniu u kobiet w okresie przekwitania. Pamiętać musimy jednak o tym, że wycięcie nadnercza, pominąwszy ogólne niebezpieczeństwo operacji, ma swe specjalne niebezpieczne strony, a w szczególności wspomnieć tu należy o nagłym zmniejszeniu wydzieliny nadnercza; z tych powodów śmiertelność dochodzi do 10%. Niewątpliwie chirurg posiadać musi w takich razach z jednej strony dużo odwagi, z drugiej strony jednak nie mniej rozwagi, nie mówiąc już wcale o koniecznym doświadczeniu i zmyśle klinicznym tak u chirurga, jak i u potrzebnego mu do współpracy internisty endokrynologa.

Wycięcie nadnercza stosowano dotąd jeszcze częściej, aniżeli w nadciśnieniu, w schorzeniach naczyń krwionośnych, prowadzących do ich niedrożności *(arteriitis obliterans)* i wtórnej zgorzeli odżywianych przez nie tkanek. Jako najgorętszego zwolennika teorii o nader doniosłej roli nadnerczy w tych sprawach wymienić należy Oppel'a z Leningradu, którego doświadczenia opierają się już na 200 wycięciach nadnercza wykonanych ze wspomnianego powodu. Jego zdaniem gra tu rolę nadmiar adrenaliny we krwi, która powoduje skurcz danego naczynia, a przede wszystkim jego własnych naczyń *(vasa vasorum);* w ten sposób powstają zmiany spowodowane niedożywieniem ściany danego naczynia, łuszczenie się śródbłonka, zwyrodnienie warstwy mięśniowej i w końcu zakrzep naczynia mniej lub więcej całkowity. Mam wrażenie, że słuszność mają ci autorzy, którzy podkreślają, niezależnie od tego, czy się przyjmie powyższe twierdzenie szkoły Oppel'a za słuszne czy też nie, że wycięcie nadnercza może mieć znaczenie tutaj tylko bardzo ograniczone. Sposobem tym bowiem, tak samo zresztą jak i każdym innym, nie przywróci się drożności tętnicy zaczopowanej na dłuższej przestrzeni zakrzepem. Wycięcie nadnercza, tak samo, jak zabiegi na układzie współczulnym, wpływać może na te naczynia krwionośne, które, choć zwężone na skutek skurczu, wolne są od zmian zakrzepowych. Jeśli zabiegi te wpłynąć mogą w kierunku poprawy obiegu krwi, to wyłącznie przez zapobieżenie działaniu nerwów zwężających naczynia i przez ułatwienie, oczywiście też tylko tym sposobem, krążenia ubocznego. Stricker, który na klinice Leriche'a szczegółowo badał i miał w obserwacji przypadki choroby Buergera (nazwa *thromboangiitis* dobrze moim zdaniem oddaje stan rzeczy) operowane w myśl idei Oppel'a za pomocą wycięcia nadnercza, wypowiada się w sposób następujący: tam gdzie, anatomicznie i fizjologicznie rzecz biorąc, jeszcze możliwą jest poprawa warunków krążenia krwi w obwodowych naczyniach — innymi słowy tam, gdzie zmniejszenie lub usunięcie skurczu naczyń krwionośnych obwodowych — ze względu na brak zaczopowania zakrzepami — może jeszcze poprawić krążenie krwi w tych naczyniach, uderzające jest, jak daleko idącą poprawę osiągnąć można dzięki zmniejszeniu się bólów, powstrzymaniu zmian zgorzelinowych, gojeniu się powstałych owrzodzeń lub ran po demarkacji części uległych zgorzeli i ustępowaniu objawów tzw. chromania przystankowego. W tych przypadkach jednak, w których już na skutek przewężenia światła naczyń, z powodu obecności zakrzepu na ścianach, krążenie krwi jest utrudnione, wynik nie jest już tak dobry. Choć uda się jeszcze uchronić chorego przed postępującą i rozległą zgorzelą, to jednak pozostanie skłonność do tworzenia się trudno gojących się owrzodzeń na palcach z lada powodu, np. z powodu drobnych urazów, a chromanie przystankowe również przeważnie nadal chorym dokucza. Wymieniony autor polemizuje ze zwolennikami wykonywania w schorzeniu Buergera zabiegów na układzie współczulnym, jako to sympatektomii, wycięć zwojów lub gałązek w części lędźwiowej lub szyjnej nerwu współczulnego; przytacza on przede wszystkim zdanie Leriche'a, który jako argument przeciwko tym operacjom przytacza ze swojej strony, iż działanie tych operacyj może być tylko miejscowe, czyli że zadziałać one mogą co najwyżej w pewnym, przez przeciętą lub usuniętą część układu współczulnego zaopatrzonym, obrębie układu naczyń krwionośnych. Wycięcie nadnercza ma zdaniem tych dwóch znawców sprawy tę wielką zaletę w porównaniu z zabiegami na układzie współczulnym, że jego działanie dotyczy wszystkich naczyń. Podnieść jednak należy, że nie może być mowy o tym, by można uważać schorzenie Buergera za sprawę wyłącznie z nadnerczem przyczynowo związaną. Jeśli wycięcie narządu tego tutaj skutkuje, to tłumaczyć sobie to można jedynie w ten sposób, że usuwa się jedno ogniwo z łańcucha, którego ogniwa stanowią różne czynniki chorobotwórcze, w grę tutaj wchodzące. Na uwagę zasługuje fakt, że Basta i Dagliotto wykazali, że również wycięcie przytarczycy dało bardzo wybitną poprawę w dwóch przypadkach *thromboangiitis obliterans*. Sądzą oni, że nadmiar wapnia podnieca układ współczulny, zaś nadmierna czynność tegoż układu może być powodem i bywa też powodem nadmiaru adrenaliny, która jest ostateczną przyczyną zaburzeń prowadzących do powstania omawianego schorzenia. Jest to o tyle interesujące, że faktycznie Binet i Weller mogli wykazać w nadnerczach psów pozbawionych przytarczycy prawie zupełny brak adrenaliny.

Ujemną stroną wycięcia nadnercza, zwłaszcza jeśli wykona się je po jednej stronie, jest — pominąwszy wymienione już poprzednio możliwe powikłania — możliwość unicestwienia skuteczności zabiegu na skutek wyrównawczego przerostu drugiego nadnercza. Można by temu zapobiec przez częściowe wycięcie nadnercza po obu stronach lub przez odnerwienie pozostałego nadnercza albo też przez zastosowanie li tylko odnerwienia po obu stronach. Próby tego rodzaju były już podejmowane (Luigi Durante), jednak stanowią one dopiero pierwsze kroki chirurgii w danej dziedzinie. Jest to też rzeczą bardzo zrozumiałą, że sprawą zajęli się rentgenolodzy, zwłaszcza ze względu na trudności, z jakimi tu walczyć musi chirurgia. I rentgenolodzy notują po zastosowaniu obustronnego naświetlania nadnerczy wyniki zachęcające (Desplats, Philipps, Tunick, Zimmern, Cottenot, Delherm). Nie brak jednak i publikacyj wykazujących bezowocność prób idących w tym kierunku. Osobiście nie widziałem pomyślnych wyników; nie przeczę jednak, że może i omawianym sposobem, to znaczy przez uszkodzenie nadnerczy i zmniejszenie ich czynności wydzielniczej za pomocą naświetlania promieniami X, da się osiągnąć dobry wynik; oczywiście, o ile nie ma jeszcze przewężenia światła z powodu przerostowego zgrubienia ściany naczyń na skutek obecności w nich zakrzepów, które zresztą także postępowaniu chirurgicznemu za pomocą wycięcia nadnercza lub zabiegów operacyjnych na układzie współczulnym przeciwstawić mogą przeszkodę nie do pokonania. Celem pewnego rodzaju uzupełnienia wywodów o skuteczności wartości leczenia schorzenia Buergera za pomocą zmniejszenia czynności wydzielniczej nadnercza i o zapatrywaniu na tę kwestię — a przede wszystkim na sprawę operacyjnego leczenia przez wycięcie nadnercza — dodaję, że oprócz wspomnianych dotąd chirurgów poszczycić się mogli dobrymi wynikami we Francji Aubert, Costantini, Hertz, Cadenat, we Włoszech Donati, Pieri, Serafini, Bedarida, spośród chirurgów niemieckich Büttner, spośród belgijskich Tecqmenne. Niemniej jednak należy pamiętać, że spośród tych wyznawców leczenia *thromboangiitis* za pomocą wycięcia nadnercza szereg autorów najpoważniejszych, a między innymi też Leriche przyznaje się do licznych niepowodzeń. Herzberg analizując statystykę wyników otrzymanych tą drogą w Rosji dochodzi do wniosków pesymistycznych. Röpke omawiając na zjeździe chirurgów niemieckich (1932 r.) zgorzel samoistną kończyn podaje w wątpliwość teorię Oppel'a o znaczeniu nadnerczy i hiperadrenalinemii w omawianym schorzeniu

i operacjom na nadnerczach w ogóle odmawia wszelkiego znaczenia. Osobiście nigdy nie próbowałem danej operacji i nie łatwo zdecydowałbym się ją zaproponować moim chorym. Obserwowałem kilkakrotnie schorzenie Buergera, a ostatnio mam jeszcze w leczeniu dwa przypadki. Nie mogę się oprzeć wrażeniu, że leczenie zachowawcze (proteinoterapia, zastrzyki stężonych rozczynów soli kuchennej, a przede wszystkim acetylcholiny Roche'a, preparaty podane przez Frey'a — kalikreina lub Padutina i inne znane ogólnie sposoby lecznicze i dietetyczne lub ochronne) przewyższają wycięcie nadnercza. Chyba nie inaczej wypowiedzieć się będzie trzeba co do roli, jaką operacja ta odgrywa w dobie obecnej w leczeniu innych rodzajów *thromboangiitis*. Tak ze względu na teoretyczne uzasadnienie operacji, jak i wyniki praktyczne jej zastosowania sprawę należy uważać za otwartą.

Nie inaczej przedstawia się sprawa w schorzeniu Raynaud'a. I tutaj Oppel, podobnie, jak w *thromboangiitis*, przypuszcza istnienie hiperadrenalinemii i przyjmuje, iż stanowi ona ważny czynnik przyczynowy. Ogłosił on kilka przypadków skutecznie leczonych za pomocą wycięcia nadnercza. Jednak tak znakomity znawca omawianych spraw, jak Leriche, nie przekonany argumentami ani też wspomnianymi wynikami Oppel'a, wypowiada się przeciw wspomnianej operacji w chorobie Raynaud'a; w tej sprawie czysto naczynioruchowej jedynie zabiegi na układzie współczulnym (sympatektomia przede wszystkim) mogą mieć rację bytu.

Pokrótce tylko wspomnę o wycięciu nadnercza lub odnerwieniu nadnerczy i naświetlaniu ich promieniami X w cukrzycy. Tłumaczenie tych zabiegów opiera się na tym, że ilość cukru u chorych na cukrzycę wzrasta znacznie po wstrzyknięciu adrenaliny oraz że istnieje z pewnością pewnego rodzaju antagonizm między nadnerczem a trzustką. O operacyjnych wynikach donosili Oppel, Gino Pieri, Donati, Giordano, dalej hiszpańscy chirurdzy Corachan i Simarro oraz Crile; twierdzą oni, że po operacji zmniejsza się oporność na insulinę.

W celu uzupełnienia mych wywodów o możliwościach chirurgicznego zadziałania na rozmaite przejawy w układzie gruczołów dokrewnych wspomnę o doświadczeniach Crile'a, który próbował, że tak powiem, szczęścia z wycięciem nadnercza w leczeniu choroby Basedowa. Wychodził on przy tym z założenia, że nadmierne wydzielanie dokrewne tarczycy powoduje przecież, jeżeli nie te same, to w każdym razie nader podobne objawy, co nadmierne wydzielanie nadnerczy: wspomnę tylko rozszerzenie źrenic, skłonność do rumienienia się, poty, przyspieszenie czynności serca, podwyższenie przemiany podstawowej. Wycięcie nadnercza po jednej stronie miało wedle sprawozdań Crile'a odnosić skutki te same, co wycięcie jednego płata wola (hemistrumektomia), przy czym sam wól również się zmniejszał. Rzecz zrozumiała, odkąd wiemy, że gruczoły dokrewne stanowią układ narządów od siebie zależnych. Później Crile zamiast wycięcia jednego nadnercza począł stosować odnerwienie obu. Statystyka operowanych tym sposobem chorych, u których chodziło o nawroty Basedowa po wycięciu tarczycy, obejmuje niespełna 70 przypadków. I może całkiem słusznie twierdzi on, że w niektórych przypadkach choroby Basedowa lub schorzeń wywołanych nadmierną czynnością tarczycy, zabiegi chirurgiczne na nadnerczach, a zwłaszcza ich odnerwienie, są wskazane, lecz trudno określić, jakie to są przypadki. Chyba najwięcej prawdopodobieństwa miałoby przypuszczenie, że są to takie przypadki, w których zabiegi operacyjne na samej tarczycy nie spełniły pokładanej w nich nadziei.

Crile stosował odnerwienie nadnerczy nie tylko u chorych z objawami nadczynności tarczycy ale także u neurotyków z objawami sympatykotonii, nader łatwo męczących się i skłonnych do tachykardii po najdrobniejszych wysiłkach lub wzruszeniach. Neurotoników takich jedni zaliczają do kategorii „*formes frustes*", drudzy mówią o „*neurosis tachycardica*", inni jeszcze uważają sprawę za astenię typu „nerwowo-naczyniowego". Objawy są ogólnie znane: zimne ręce i nogi, drżenie rąk, źrenice szerokie, bezsenność, niestrawność, przemiana podstawowa nieco wzmożona. Często jest tarczyca nieco powiększona, co wskazuje na słuszność nazwy „*formes frustes*". Crile w 67 przypadkach tego rodzaju otrzymał znaczną poprawę za pomocą odnerwienia nadnerczy. Szczególnie korzystne były wyniki u tych chorych, zwłaszcza u kobiet, u których bóle głowy dawały się najwięcej we znaki; tak samo ustępowało zaparcie w przypadkach, które przytacza Crile jako dowód skuteczności operacji i słuszności jej uzasadnienia. Nie powinno nas to jednak zadziwiać, gdyż wiadomo, że adrenalina wywiera pewnego rodzaju hamujący wpływ na jelito grube.

W końcu wspomnę jeszcze o odnerwieniach nadnerczy dokonanych przez tegoż samego badacza z powodu owrzodzenia żołądka lub dwunastnicy. Crile przypuszcza bowiem, że nadmierne napięcie w obrębie układu nerwowego współczulnego, spowodowane bez wątpienia jego zdaniem zaburzeniami w układzie gruczołów dokrewnych, odgrywa tutaj ważną rolę, jako czynnik etiologiczny. W szeregu obserwowanych przezeń przypadków z wrzodami żołądka, w których odnerwienie nadnerczy miało dać rzekomo dobry wynik, były oznaki nadczynności tarczycy. Crile jest zdania, że nadczynność tarczycy, *asthenia neurocirculatoria*, a częstokroć też wrzód żołądka lub dwunastnicy oraz niektóre przypadki cukrzycy, będące schorzeniami człowieka cywilizowanego, są wynikiem nadmiernej czynności układu nadnerczowo-współczulnego. Nie wiem, czy przyszłość lecznictwa powyższych spraw należy do tych wspomnianych operacyj, które Crile tu wykonywał rzekomo z dobrymi i długotrwałymi wynikami. Nadmienić tu jednak bądź co bądź wypada, że wykonał ich w takich razach bez mała 300.

Dok. nast.

PRACE ORYGINALNE.

Doc. Dr Henryk SOCHAŃSKI. Lwów.

Odczynnik mój na płyny punkcyjne w nowoczesnej szacie.

Przed dwudziestu prawie laty podałem mój odczynnik na płyny punkcyjne.

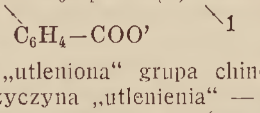
Sposób jego przyrządzania jest następujący. 1 cm³ 1/10 normalnego rozczynu wodnego sody żrącej i tyleż 1% alkoholowego rozczynu fenolftaleiny wlewam do 50 cm³ wody przekroplonej. Tworzy się mocno czerwony płyn, który dopełniam wodą przekroploną do 100 cm³. 9 cm³ sporządzonego odczynnika zmieszane z 1 cm³ płynu punkcyjnego albo ulega odbarwieniu, jeśli płyn badany jest wysiękiem albo nie ulega, jeśli badany płyn jest przesiękiem. Prostota całej metody jest wielka. Potrzeba do niej 1/10 normalnej sody żrącej, która wyrabiana jest fabrycznie, 1% alkoholowego rozczynu fenolftaleiny, a nadto wody przekroplonej. Mając np. 100 cm³ 1/10 n. NaOH, 100 cm³ alkoholowego 1% rozczynu fenolftaleiny i 10 litrów wody przekroplonej można z tego sporządzić 100 flaszeczek odczynnika, z których każda wystarcza na 11 oznaczeń. 100 cm³ 1/10 normalnej sody żrącej, 100 cm³ alkoholowego 1% rozczynu fenolftaleiny i 10 litrów wody przekroplonej wystarczy więc dla 1111 oznaczeń!

I.

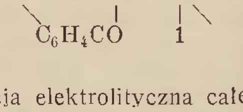
9 cm³ odczynnika zawiera 0·00095964 g NaOH, 0·0009 g fenolftaleiny, 0·09 g alkoholu etylowego i wodę. Jest to rozczyn NaOH słabszy od 1/1000 normalnego, możliwie najmocniej, bo prawie zupełnie zdyssocjowany. W płynie pływają otulone w wodę jony sodu [1]), pozbawione jedenastego elektronu, a przez to udające atomy neonu. Tylko jako jon może się sód czuć takim.

Elektron wzięła sodowi grupa OH. W grupie tej wodór jest tylko prowadzony przez tlen, łowcę obcych elektronów, na to, by uzyskać 2 obce elektrony i paradować z 10 elektronami, jak neon. Grupa OH bogatsza o elektron, otulona w wodę, jest jako jon drugim składnikiem odczynnika. Prawie cały sód jest zjonizowany, stąd dużo jest ujemnych wodorotlenów. Prócz sodu, wodorotlenów i nielicznych, tylko teoretycznie wolnych jąder wodorowych z wody, jest jeszcze barwna, bo zjonizowana, chinonowo ztautomeryzowana fenolftaleina. I jej porwał pośrednio tlen, raczej hydroksyl, jej własny wodór a stąd pozbawiona jego wagi, przebrała się w fenolowo-chinonową, „kwasową", zjonizowaną postać ztautomeryzowanej fenolftaleiny [2]). I takie stosunki panują aż do chwili, gdy do 9 cm³ odczynnika dodam 1 cm³ wysięku. Różne kwaśne substancje wyślą do odczynnika po swe elektrony, lub wyślą swe nagie wodory, by się nasyciły, powiążą się z wodorotlenami na nieskorą do rozszczepienia wodę, fenolftaleina odbierze z powrotem swój kation czyli wodór, przejdzie w bezbarwną tylko dwu-fenolową postać [3]),

[1]) Jest to zespół $1 Na^{\cdot} + 9 H_2O$.

[2]) 

b = „utleniona" grupa chinonowa.

[3]) 

[3]) Przyczyna „utlenienia" — dyssocjacja elektrolityczna całej drobiny i odłączenie się H (= kationu) od grupy karboksylowej.

trochę wolnych nadmiernych wodorotlenów będzie jeszcze tu i ówdzie się włóczyć — płyn będzie jeszcze słabo zasadowy, ale po odbarwieniu płynu zniknie cały jej strój. „Mocny" sód pozostanie w otoczce z wody „jako jon upodobniony do neonu", teraz niby zawarty w solach sodowych, któregoś z kwasów wysięku.

Jony dodatnie sodu i jony ujemne kwasów z wysięku, trochę jeszcze ujemnych grup OH, pozbawiona barwy niezjonizowana fenolftaleina i trochę jąder wodorowych dodanych z wysięku, oto zespół dosyć różny od takiegoż przed dodaniem 1 cm³ wysięku.

Jeślibyśmy użyli 90 cm³ odczynnika, musielibyśmy dodać 10 cm³ wysięku, przy 100 cm³ odczynnika 11 cm³ wysięku, przy jednej kropli tegoż 9 kropel odczynnika. Ale stosunek nie jest wszystkim i mimo ściśle utrzymanego stosunku nie jest 9:1 jako stosunek kropel całkiem tym samym co 9:1 przy użyciu 90 cm³ lub 100 cm³ odczynnika a 10 lub 11 cm³ płynu wysiękowego. Inne czynniki grają role przy użyciu większych ilości, inne znów przy bardzo małych. *Moje spostrzeżenia dotyczą wyłącznie stosunku 9 cm³ odczynnika do 1 cm³ płynu wysiękowego i na nich wyłącznie oparta jest chemiczna metoda diagnostyczna.*

Przesięki badane w tym samym stosunku 9 cm³ odczynnika do 1 cm³ przesięku, nie odbarwiają odczynnika, bo ilość substancji kwaśnych jest w nich za mała, by doprowadzić do punktu odbarwienia się fenolftaleiny, tj. do punktu, w którym aniony fenolftaleiny mają się tak do całej niezdyssocjowanej ilości wskaźnika, jak współczynnik jego rozszczepienia do ilości jonów wodorowych całej ilości płynu, która jest tu za mała. Wprawdzie zjawiają się w płynie aniony kwasów z przesięku, wprawdzie część grup OH' złączyła się z H· tychże kwasów na wodę, ale jest to jeszcze za mała ilość, by odbarwiła się fenolftaleina. Zasadniczy układ elektrostatyczny całego płynu za mało się jeszcze zmienił, choć w chwili wlewania przesięku do płynu powstał chwilowy prąd elektryczny, ale był on znacznie słabszy od prądu w chwili wlewania wysięku.

II.

Przeszliśmy niepostrzeżenie na temat elektrostatyki i elektrodynamiki ustrojowej, związanej ze swej strony z pojęciem kwasu, zasady i soli. Kwas to zespół jąder wodorowych, które zostały brutalnie pozbawione elektronów przez aniony i tych anionów; zasada, to pierwiastki, które chętnie ofiarowały swój elektron wodorotlenom, jako anionom, by osiągnąć to, do czego też dążą wszystkie aniony lub pewne ich składniki, zostać pierwiastkiem zbliżonym co do ilości elektronów do tzw. gazów szlachetnych, jakich mamy 6 albo (jeśli wliczamy radon) 7. „Marzeniem" litu, berylu i boru jest hel; tlenu, fluoru, sodu i magnu — neon; siarki, chloru, potasu i wapnia — argon; selen, brom, rubid, stront chciałyby się upodobnić do kryptonu a tellur, jod, cez i bar do ksenonu. Tlen, fluor, siarka, chlor, selen, brom, tellur i jod są łapczywe, reszta z wymienionych pierwiastków hojne. W solach żyją w zgodzie ze sobą kationy i aniony, bo każde osiągnęło swój cel. Kwas to skrzywdzony wodór i zachłanny anion, zasada to rozrzutny kation i zadowolony z tego syty anion. Ale krzywda ograbionego z elektronu wodoru zostaje naprawiona, gdy połączy się on znów ze sytym hydroksylem na wodę, bo wtedy właśnie wydziela się energia i tworzy się w ustroju elektryczność i inne rodzaje energii. Nowoczesna chemia twierdzi, że pozbywanie się elektronów to oksydacja, nabywanie to redukcja [4]). To co się bez przerwy odbywa w ustroju zwie się oksydoredukcją [5]). Odwodorowuje się jedno ciało na to, by drugie uwodorować, a po tym je odwodorować na to, by inne ciało uwodorować, by tworzyć wciąż równię pochyłą dla energii i tak ciągle i ciągle aż do śmierci człowieka. Wciąż krzywdzi się zjonizowany szczęśliwy tlen atmosferyczny, by zaspokoić wygłodzone wodory organizmu, wytworzyć wodę i wyzwolić energię, by było życie, by ustrój pracował, jak elektrodynamiczny motor.

[4]) Oksydacja w pojęciu elektrycznym, to niekoniecznie przyłączenie tlenu, równoznaczną jej jest odwodorowanie (przejście np. fenolftaliny w fenolftaleinę) lub np. przejście soli o niższej wartościowości metalu w sole wyżej wartościowe, chociby te sole nie zawierały tlenu np. soli miedziawych w miedziowe; żelazawych w żelazowe itp. (Por. pracę E. Syma w Biologii Lek. 6, 1936).

[5]) Pierwsze trafne uchwycenie zjawiska oksydoredukcji podali przed kilkunastu laty Canizzaro i Parnas. Dziś rozrosła się ta nauka do olbrzymich rozmiarów. (Por. pracę E. Syma w Biologii Lek. 6, 1936).

Jeżeli napiszemy równanie chemiczne:

$$C_6H_{12}O_6 \text{ (cukier)} + 4 \text{ (Kation min}_3 \text{ Anion min)} + O_{12} = 6 \text{ (Kation min}_2\ CO_3) + 4 \text{ (}H_3 \text{ Anion min.)}$$

Cukier wątroby jest łatwiej dostępny, aniżeli związany z H_3PO_4 cukier z mięśni (W. Moraczewski, E. Lindner).

I jeżeli podamy teraz dalsze stadium reakcji, będziemy mieli: 4 (Kation min.₃ Anion min.) + 6 CO_2 + 6 H_2O + energia, która przyszła ze zjonizowanym tlenem powietrznym. Energia musiała, jak widać mieć zetknięcie ze światem mineralnym, bo on tylko umożliwia powstanie energii elektrycznej a pośrednio i innych. W ustroju świat ten wspólnie z białkiem jest wytwórcą, a raczej ujawniaczem elektryczności.

W chwili, gdy następuje przegrupowanie energii elektrostatycznej, powstaje momentalny prąd. Ustrój ludzki przez to, że bez przerwy się rozsypuje, musi ciągle wytwarzać prądy. Prostsze systemy czynią to tylko chwilowo. *Mój odczynnik na płyny punkcyjne jest np. nad wyraz prostym systemem energii elektrostatycznej nastawionym tylko na pewną ściśle określoną reakcję.*

W październiku 1922 roku, pamiętam datę, bo ją zanotowałem, zatopiłem 9 cm³ mego odczynnika w idealnie wyjałowionej rurce szklanej. Utrzymywał się bez zmiany do roku 1927 tj. do roku, w którym użyłem tego odczynnika do próby z najlepszym skutkiem, jak wykazało porównanie z odczynnikiem zrobionym dnia poprzedniego. Jest on, jak widać, układem bardzo trwałym. Mówiono, że odczynnik prędko się odbarwia. Nie jest to słuszne, jak wskazuje doświadczenie, ale pod warunkiem, że będzie wszystko idealnie i dokładnie zrobione.

Zanim podałem metodę, wypróbowałem ją wszechstronnie w laboratorium chemicznym i przy łóżku chorego. Przede wszystkim, jak już poprzednio wspomniałem, punkt odbarwienia nie jest stanowczo równoznaczny z punktem obojętnym. Ten ostatni osiąga czasem tylko ropa, zwłaszcza niegruźlicza i stosunkowo długo już przebywająca w klatce piersiowej. Widziano nawet czasem i ropy absolutnie kwaśne. Wysięki opłucnowe, nie ropne, ale septyczne okazują mniejszą zasadowość w porównaniu ze zwykłymi, gruźlicze nie ropne natomiast nieco większą. Zwykłe wysięki wzięte z jamy opłucnowej są nieco mniej zasadowe od otrzewnowych, co jest prawem. Dlatego odbarwienie przez niegruźliczy wysięk opłucnowy jest tak silne, że pojawia się wyraźnie żółta barwa wysięku, wysięk otrzewnowy daje również odbarwienie, ale zwykle bez żółtego odcienia i nie tak błyskawicznie, ale mimo to bardzo rychłe. Jeżeli chodzi o wysięki opłucnowe gruźlicze, nie ropne, są one mniej błyskawiczne w reakcji, płyny otrzewnowe gruźlicze nie ropne odbarwiają odczynnik nieco wolniej, jak niegruźlicze — *ale prawem jest, że wszystkie wysięki odbarwiają odczynnik, jeżeli tenże jest układem energetycznym ściśle takim, jak poprzednio powiedziałem.*

Omówiłem fundamentalny, ważny diagnostycznie układ: omówiony odczynnik — płyn punkcyjny w stosunku 9:1. Inne zbadane układy nie są ważne diagnostycznie, ale czysto naukowo. Wspomnę o nich pokrótce.

1. Układ: po 0.2 cm³ 1/10 n NaOH i 1% alkoholowego roztworu fenolftaleiny na 100 cm³ wody przekroplonej. Czuły na wysięki i przesięki. 9 cm³ tego płynu + 1 cm³ eksudatu czy transudatu — odbarwienie zupełne. To samo można powiedzieć o płynie zawierającym po 0.4 1/10 n NaOH i tyleż 1% roztworu alkoholowego fenolftaleiny na 100 cm³ wody przekroplonej.

2. Układ: 0.5 cm³ 1/10 n NaOH + 0.5 cm³ 1% alkoholowego roztworu fenolftaleiny na 100 cm³ wody przekroplonej. Wysięki odbarwiają płyn, jeśli dodać do 9 cm³ tegoż 1 cm³ wysięku.

Wobec przesięków zachowuje się omawiany płyn podobnie, jak omówiony odczynnik mający po 1 cm³ 1/10 n NaOH i tyleż 1% alkoholowego roztworu fenolftaleiny w 100 cm³ wody przekroplonej wobec wysięków.

3. Wszystkie dalsze układy zawierające w 100 cm³ wody przekroplonej po 0.6, 0.8 i 0.9 cm³ 1/10 n NaOH i tyleż 1% alkoholowego roztworu fenolftaleiny odbarwiają się działaniem wysięków a wobec przesięków zachowują się zrazu różnie (0.6), bądź to w większości wykazują zbledniecie (0.8) lub zblednięcie z transudatami z opłucnowej jamy a zupełny brak odbarwienia z przesiękami z jamy brzusznej — jeśli je zastosować w stosunku: 9 cm³ : 1 cm³ punktatu.

4. Płyny bogatsze w sodę żrącą i fenolftaleinę od samego odczynnika, o którym głównie jest w niniejszej pracy mowa, zawierają w 100 cm³ wody przekroplonej po 1.2, 1.4 i 1.5 cm³ 1/10 n. NaOH i tyleż 1% alkoholowego roztworu alkoholu. Użyte w ilości 9 cm³ na 1 cm³ wysięku dają tylko odbarwie-

nie z niektórymi płynami zapalnymi zwłaszcza z opłucnej i o naturze niegruźliczej. Płyn z 1.5 cm³ 1/10 n. NaOH i tyleż alkoholowego rozczynu fenolftaleiny na 100 cm³ wody przekroplonej dał w stosunku 9 cm³ : 1 cm³ punktatu tylko płyn zapalny z jamy opłucnowej w przypadku: *pleuritis exsudativa d. serofibrinosa septica.*

Układy dwa razy silniejsze od fundamentalnego odczynnika oddziaływują tylko na wysięki ropne zwłaszcza niegruźlicze i dłużej przebywające w jamie najczęściej opłucnowej.

Układ 0.5 cm³ 1/10 n. NaOH i 0.5% alkoholowego rozczynu fenolftaleiny w 100 cm³ wody przekroplonej, użyty w stosunku 9:1 punktatu — zachowuje się *wobec przesięków* podobnie, jak układ 1 cm³ 1/10 n. NaOH i 1% alkoholowego rozczynu fenolftaleiny w 100 cm³ wody przekroplonej, będący odczynnikiem na płyny punkcyjne, użyty w stosunku 9:1 punktatu — *wobec wysięków* — można więc z tego wnosić, że te dwa rodzaje płynów punkcyjnych tj. przesięki do wysięków mają się przynajmniej, jak 2:1, jeśli chodzi o ilość OH'. Wysięki są uboższe w elektrony niż przesięki, *potrzebują więc dopływu większej ilości elektronów z odczynnika. Ta różnica w stężeniu H· a co za tym idzie w ilości mniej więcej odwrotnie do tego proporcjonalnej czynnych grup OH' płynów punkcyjnych, warunkujące różne zapotrzebowanie elektronów z odczynnika przez płyny punkcyjne, by doprowadzić do granicznego pH dla odczynu odbarwienia fenolftaleiny, jest właściwą istotą mojej próby.*

Piśmiennictwo:

1) Z. Gorecki: Schorzenia opłucnej w świetle nowych poglądów. Str. 304. 1926. — 2) J. Marzecki: Biologia Lekarska. 11. 1935. — 3) W. Moraczewski: Bioch. Zeitschr. Bd. 71. H. 4, 5. — 4) W. Moraczewski, E. Lindner: Bioch. Zeitschr. Bd. 125. H. 1/4. — 5) W. Moraczewski i E. Lindner: D. Arch. f. kl. Medizin. Bd. 121. — 6) W. Moraczewski, E. Lindner: Journ. de Physiol. et Pathol. 12. X. 1920. — 7) R. Becher Larsen i K. Secher (Kopenhaga): Berl. Kl. Woch. III. S. 299. 300. 1921. — 8) J. K. Parnas: Chemia fizjologiczna. Cz. I. 1922. — 9) E. Sym: Biologia Lekarska. 6. 1936. — 10) G. Wells: Chemical Pathology (Sanders Edition, Philadelphia Pen.) 1925.

Dr med. Franciszek ZALEWSKI, ppłk. lek. Warszawa.

Przetaczanie krwi w zakażeniach ogólnych.

Walka z zakażeniem ogólnym należy do najcięższych i mimo najróżnorodniejszych środków leczniczych, rzekomo skutecznych, ogólny odsetek śmiertelności jest jeszcze ciągle wysoki. Nic też dziwnego, że z chwilą wystąpienia w lecznictwie na scenę przetaczania krwi (P. K.), zaczęto skwapliwie i w tym cierpieniu stosować ten nowy środek leczniczy. Obecnie po upływie kilkunastoletniego doświadczenia w tym kierunku możemy mniej więcej ocenić istotną wartość tego środka w omawianej przez nas dziedzinie. Zaznaczymy już tutaj, że różni autorzy stosując P. K. w zakażeniach ogólnych, różnie ustosunkowują się do wartości tego środka i podczas gdy jedni są zwolennikami tej metody leczenia, drudzy — przeciwnie, nie przypisują jej jakiegoś wybitniejszego znaczenia w porównaniu z innymi środkami leczniczymi. Rozbieżność takich zapatrywań po części można objaśnić tym, że P. K. w omawianych cierpieniach stosuje się w sposób dość chaotyczny, gdyż jeszcze do obecnej chwili nie są ustalone ścisłe wskazania oraz metodyka stosowania P. K. w sensie uwzględnienia funkcji czasu, dawkowania oraz ilości P. K. Taki stan rzeczy wynika w pewnej mierze z tego, że jeszcze nie zdołano pogodzić się co do określenia samego pojęcia zakażenia ogólnego; na równi z tym, istnieją jeszcze różnorodne zapatrywania na mechanizm obrony organizmu przeciwko drobnoustrojom. Jeżeli więc tu i ówdzie uciekano się do P. K. w zakażeniu ogólnym, to opierano się tutaj więcej na domniemanej skuteczności danego zabiegu, aniżeli na podstawie ściśle naukowego uzasadnienia.

Nie zapuszczając się w gąszcz różnorodnych określeń zakażenia ogólnego, idąc za Oellerem i Gluzińskim będziemy określać tym mianem każde zachorzenie, w którym czy to wprost przez znaną, czy nieznaną bramę zakażenia, czy też z wtórnego ogniska zakażenia dostają się do organizmu drobnoustroje zdolne do dalszego rozwoju. Trzy zaś postacie, pod którymi przejawia się zakażenie ogólne: bakteriemia, pyemia i septikemia stanowią tylko stopniowe cechy rozróżniające te stany.

Do dnia dzisiejszego istnieją spory co do możliwości rozwoju drobnoustrojów we krwi, co podług niektórych autorów, stanowi jedną z najcharakterystyczniejszych cech zakażenia ogólnego. I gdy jedni uważają, że w pewnych warunkach drobnoustroje (tzw. serofity podług określenia Wrighta) mogą swobodnie rozmnażać się we krwi chorego, to drudzy stanowczo wykluczają możność rozmnażania się drobnoustrojów we krwi, a to dzięki jej bakteriobójczym własnościom oraz działaniu układu siateczkowo-śródbłonkowego; obecność zaś drobnoustrojów we krwi objaśniają ciągłym lub okresowym przedostawaniem się ich do obiegu krwi z ogniska zapalnego, po usunięciu którego znikają ze krwi i drobnoustroje. W rzeczywistości jednym i drugim można przyznać rację, gdyż o ile w pewnych przypadkach organizm może oddziaływać na wtargnięte do krwiobiegu drobnoustroje, niszcząc je w ten lub inny sposób, o tyle w razie braku odczynu ze strony organizmu nic nie stoi na przeszkodzie w rozmnażaniu się drobnoustrojów.

Z powyższego możemy wnioskować, że brak bakteriemii niekoniecznie musi świadczyć o braku zakażenia ogólnego; obecność bakteriemii jest tylko jednym z objawów zakażenia ogólnego bynajmniej nie patognomicznego, gdyż spotykamy się z przejściową bakteriemią i przy innych sprawach chorobowych. Dla całości zaś obrazu zakażenia ogólnego musimy jeszcze wziąć pod uwagę przebieg kliniczny, któremu zwykle brak jakiegoś typowego cyklu rozwojowego w kierunku semiotycznym oraz obraz anatomo-patologiczny, przy którym również brak swoistego umiejscowienia procesu. Jeżeli jeszcze weźmiemy pod uwagę, że pod mianem zakażeń ogólnych, kryją się poszczególne jednostki chorobowe ze względu na ich etiologię i rokowanie, jak np. streptokokcemia, stafilokokcemia, gonokokcemia itp., to zrozumiałymi się staną różne wyniki w poszczególnych przypadkach zakażenia ogólnego przy stosowaniu P. K. Nie mniej wpływają na wynik leczenia za pomocą P. K. i stopnie zakażenia ogólnego, wyrażające się klinicznie w bakteriemii, pyemii oraz septikemii, które to stopnie są jedynie tylko wyrazem immunobiologicznego procesu toczącego się w zakażonym ustroju.

Na równi ze sprzecznością poglądów co do możliwości rozwoju drobnoustrojów we krwi — istnieje również rozbieżność zapatrywań co do mechanizmu obrony organizmu przeciwko drobnoustrojom. Gdy jedni uważają krew jako najistotniejszy teren walki organizmu z drobnoustrojami i chcą mierzyć skuteczność takiego lub innego środka leczniczego wzrostem ilości przeciwciał, powstałych we krwi, to inni przenoszą punkt ciężkości do układu siateczkowo-śródbłonkowego, uważając zwiększenie się we krwi ilości monocytów za dodatnie oddziaływanie organizmu na dane zakażenie. Niektórzy zaś przypisują osoczu oraz płytkom krwi zasadnicze znaczenie. Podług tego poglądu przy zakażeniach ogólnych nie gra roli jadowitość zarazka, lecz jego *stabilitas* we krwi, wskutek czego krew zachowuje się obojętnie względem niego. Gdy jednakże zburzymy w jakikolwiekbądź sposób tę obojętną równowagę osocza lub też płytek krwi w stosunku do zarazka, wtedy nastąpi zlepienie się drobnoustrojów bądź przez osocze, bądź też przez płytki krwi, a następnie — fagocytoza. W taki sposób tłumaczyło by się dodatnie działanie wprowadzonych dożylnie różnych nieswoistych bodźców w rodzaju metali koloidalnych, peptonów itp. Zmieniałyby one fizyczne własności osocza lub płytek krwi, wywołując zlepianie się drobnoustrojów, które dalej ulegają działaniu fagocytozy (Govaerts).

Przy ocenie jakiegoś środka leczniczego w zakażeniach ogólnych należy również brać pod uwagę i jakość biologiczną dotkniętego zakażeniem ustroju, co przecież gra niewątpliwie wielką rolę w rozwoju zakażenia oraz w walce z nim. Tak np. już sam wiek chorego może odegrać niepoślednią rolę w rozwoju zakażenia. Osobnik starszy, jak wiemy, wskutek wielu zmian w tkankach natury fizyko-chemicznej przedstawia już inne podłoże dla zakażenia, niż w młodości; poza tym zaś zdolność oddziaływania organizmu na drobnoustroje jest rzeczą zmienną, stąd przebieg i wynik zakażenia ogólnego w różnym czasie nie są równowartościowe.

Biorąc pod uwagę wszystko powyższe, jasną się stanie dla nas różnorodność zdań o skuteczności P. K. w zakażeniach ogólnych. Statystyka tego sposobu leczenia, chociaż liczna, przedstawia jednakowoż surowy materiał, wymagający krytycznego oświetlenia, gdyż stosowanie P. K. nacechowane jest dowolnością bez liczenia się ze ścisłymi wskazaniami, funkcją czasu, dawkowaniem i ilością P. K. Nie spotkałem się w dostępnym mi piśmiennictwie ani z jedną statystyką, gdzie by kwestia stosowania P. K. w zakażeniach ogólnych była odpowiednio przemyślana w kierunku jakości biologicznej osobnika

chorującego, okresu choroby, w którym zastosowano P. K., wskazań ku temu itp. Największą statystykę ogłosił Hoche z wiedeńskich klinik, a mianowicie 161 P. K. u 133 chorych, przy czym śmiertelność wynosiła 58%. Jednak jest to statystyka ryczałtowa bez uwzględnienia analizy poszczególnych przypadków we wspomnianym wyżej sensie. Wartość naukowa podobnych statystyk jest problematyczna, gdyż posiadają one jedynie podmiotowe znaczenie, pozostawiając duże pole do różnych domysłów oraz do zwykłej empirii. Skromna moja osobista statystyka dotyczy 15 chirurgicznych przypadków zakażeń ogólnych, gdzie stosowałem P. K. jedno- lub dwurazowo, nie osiągając jednakże pomyślnych wyników. Analizując owe przypadki oraz przestudiowawszy odpowiednie piśmiennictwo, sądzę, iż znalazłem właściwe przyczyny swoich niepowodzeń, które to przyczyny, śmiem twierdzić, tłumaczą również niepowodzenia i tych autorów, którzy wskutek tego nie przypisują P. K. w zakażeniach ogólnych istotnego znaczenia.

Za przyczyny te uważam:

1) *Zbyt późne zastosowanie P. K.* Nie należy nigdy uciekać się do P. K. jako do *ultimum refugiens*, gdy organizm nie może się zdobyć na odpowiedni odczyn. Z tego wynika, że im wcześniej zastosujemy P. K., tym może się ono stać skuteczniejszym.

2) *Jednorazowe zastosowanie P. K.* Działa ono zbyt krótko i dlatego nie należy oczekiwać od niego zbyt wiele; przeciwnie należy zawsze wykonywać serie P. K. aż czynności organizmu zaczną wracać do normy. I rzeczywiście w dotyczącym piśmiennictwie widzimy potwierdzenie powyższego, gdyż seria P. K. dała wyniki dobre tam, gdzie stan chorego wydawał się prawie beznadziejnym.

3) O ile mamy odpowiednich dawców najlepiej wykonywać tzw. immunotransfuzję, którą nazwałbym przetaczaniem krwioodpornym (P. K. O.). Obojętnym w danym wypadku będzie, czy dawca nabył odporność wskutek przebycia identycznego pod względem etiologicznym zakażenia ogólnego, czy też wskutek uodpornienia biernego za pomocą odpowiedniej szczepionki. Piśmiennictwo, zwłaszcza amerykańskie, daje pod tym względem uderzające przykłady, gdzie stany chorych przy stosowaniu różnych środków leczniczych łącznie z seryjnym P. K. były już beznadziejne — dawały jednakże nadspodziewanie dobre wyniki przy zastosowaniu P. K. O.

Zastosowanie zwykłego P. K. w zakażeniach ogólnych ma znaczenie tylko jako środek wzmacniający, wprowadzając do chorego organizmu obok elementów morfotycznych: 1) osocze, 2) przeciwciała i dopełniacze, 3) hormony łącznie z ciałami bodźcowymi dla gruczołów dokrewnych, 4) materiał dla odbudowy elementów krwi, 5) sole, 6) ciała odżywcze dla serca i naczyń. I rzeczywiście jednorazowe P. K. zawsze zadziwiająco oddziaływa na chorego będącego nawet *in extremis*. Chory przytomnieje, czuje się silniejszym, lecz stan taki nie trwa długo.

Chcąc jednakże zadziałać bezpośrednio na czynnik chorobotwórczy, jakimi są drobnoustroje w zakażonym organizmie, najracjonalniejszym będzie zastosowanie przetaczania krwioodpornego (P. K. O.). Będzie to leczenie przyczynowe w całym znaczeniu. W tym celu należy uodpornić dawcę za pomocą odpowiednio przygotowanych szczepionek, otrzymanych z wyhodowanego szczepu, który pochodzi z drobnoustroju wykrytego we krwi chorego. Powyższa metoda jest o tyle niepraktyczna, że się zbyt długo czeka na uodpornienie dawcy, co trwa zwykle około 4 tygodni. Inny sposób polega na szczepieniu dawcy zarazkiem nie swoistym, wywołującym zakażenie w danym organizmie, lecz jakimkolwiek innym. Uzasadnienie czerpie ten sposób w spostrzeżeniu Wrighta, że szczepienie zapobiegawcze pałeczką duru wywoływało uodpornienie i na inne zakaźne choroby, co Wright nazwał pobocznym uodpornieniem. Tak np. R. Stephenson w przypadku ciężkiego zakażenia ogólnego paciorkowcem hemolitycznym zaszczepił dożylnie krwiodawcy 50 milionów zabitych pałeczek durowych i już po upływie 7 godzin wykonał pierwsze przetaczanie krwi, by następnie w przerwach kilkudniowych wykonać serię tych przetaczań w ogólnej liczbie sześciu, wynikiem czego było wyzdrowienie. Działanie przetoczonej w ten sposób przygotowanej krwi polegałoby raczej na zburzeniu równowagi napięcia powierzchni osocza lub też płytek krwi, w następstwie którego powyższe składniki nie zachowują się już obojętnie w stosunku do krążących we krwi drobnoustrojów, lecz zlepiając je, dają możność wystąpienia żerności. Jednakże przytoczony sposób, chociaż bardzo ponętny ze względu na swoją prostotę, wymaga jeszcze dalszych liczniejszych spostrzeżeń, by zyskać prawo obywatelstwa.

Poza tymi dwoma sposobami istnieje jeszcze bardzo interesujący sposób Wrighta uodpornienia krwi wziętej od dawcy *in vitro*. Pomijam tutaj opis tego sposobu, gdyż jest on zbyt złożony i wymaga współpracy doświadczonego bakteriologa, co już w praktyce przekreśla jego wartość teoretyczną.

Chcąc, żeby nasza interwencja w zakażeniu organizmu drobnoustrojem była celowa, musimy zrozumieć przede wszystkim mechanizm obrony ustroju. Podług Wrighta nie dość posiadać w organizmie ciała odpornościowe; muszą one jeszcze mieć możność docierania tam, gdzie jest na nie zapotrzebowanie. Tak np. o ile do jakiejś zakażonej części organizmu dowóz ciał odpornościowych jest zahamowany, czy to wskutek ogólnej zapaści, oziębienia, czy też zmniejszenia zasadowości krwi itp., to ciała odpornościowe chociaż i istnieją w organizmie w dostatecznej ilości, jednakże wskutek powyższego nie odegrają swojej obronnej roli. Poza tym samo ognisko zakażenia może wskutek działalności drobnoustrojów otoczyć się niejako obronnym wałem, nie dającym dostępu fagocytom (tzw. ognisko ekfilaktyczne). Następnie musi organizm posiadać zdolność wytwarzania ciał obronnych w większej ilości, niż normalnie, to znaczy mieć do dyspozycji silną rezerwę na to, aby w miarę potrzeby, skuteczniej przeciwdziałać działaniu drobnoustrojów. Ponieważ w wytwarzaniu ciał odpornościowych biorą udział do pewnego stopnia wszystkie komórki organizmu, przeto poza komórkami zatrutymi i wskutek tego niezdolnymi do wytwarzania owych ciał, muszą jeszcze istnieć i komórki niezatrute o zdolnościach wytwórczych w sensie obronnym. O ile więc takimi komórkami organizm już nie rozporządza, to, rzecz prosta, żaden środek leczniczy nie zdoła już wykrzesać z niego wspomnianych ciał odpornościowych. Tak wygląda w ogólnym zarysie mechanizm obrony ustroju, z czego już wynika celowa pomoc lekarska. A więc *wczesne* dostarczenie organizmowi celowej pomocy, gdy jeszcze nie wszystkie komórki organizmu zostały zatrute i tym samym nie zostały obezwładnione. Często bowiem widzimy na sekcjach tak daleko idące zmiany komórek narządów wewnętrznych po stosunkowo krótkim okresie choroby, że zrozumiała się staje bezskuteczność wszelkich stosowanych środków.

Na pierwszym planie dostarczenia organizmowi celowej pomocy będzie figurować wykrycie i chirurgiczne usunięcie istniejących ognisk zakażenia, będących źródłem zatrucia organizmu. Jest to najgłówniejszy warunek w leczeniu zakażeń ogólnych; jeśli go pominiemy, nie możemy mieć dużych widoków na pomyślny wynik leczenia. Na równi z powyższym zastosujemy serie P. K., co jednakże nie wyklucza ogólnego leczenia odpowiednimi środkami wewnętrznymi w miarę potrzeby oraz zastosowania właściwej diety, łącznie z przyjętymi przepisami higienicznymi. Poza tym staranna opieka lekarska w celu wczesnego zapobiegania powikłaniom, łącznie z niemniej troskliwą opieką pielęgniarską złoży się na skuteczną całość. Umyślnie podkreślam powyższy zespół leczenia, gdzie każdy poszczególny element, w całości ma swoje bardzo doniosłe znaczenie w ostatecznym wyniku choroby i gdzie zaniedbanie tzw. drugorzędnych składników leczenia może się odbić niekorzystnie na organizmie. Są to prawdy zbyt znane, lecz jakże często zaniedbywane wskutek pogoni za środkiem, który sam przez się ma już tworzyć cuda.

Mimo jednakże skrupulatnego wypełnienia powyższych warunków celowej pomocy w zakażeniach ogólnych, nie zawsze jednakowoż osiągniemy dodatnie wyniki, a to wskutek biologicznej jakości osobnika. Jeżeli bowiem organizm, który ulega zakażeniu, jest już wyniszczony, czy to wskutek przebytych chorób, czy też skutkiem przewlekłego zatrucia natury zewnętrznej lub wewnętrznej, czy też może uczulony na dane zakażenie itp., to zdolność jego do obronnego oddziaływania na drobnoustroje będzie wybitnie zmniejszona, bądź też unicestwiona, a wtedy nic nie zdoła pobudzić go w tym kierunku. W ten sposób można by objaśnić między innymi owe piorunujące postacie zakażeń ogólnych, kończące się zwykle śmiercią. Należy również liczyć się ze spustoszeniami, jakie zakażenie sprawiło w organizmie, chociaż wyszedł on zwycięsko z walki z drobnoustrojami. Niejednokrotnie bowiem uważa się ozdrowieńca za wolnego od niebezpieczeństwa śmierci, gdy nagle następuje zapaść, kończąca się zejściem śmiertelnym. W jednym np. z moich przypadków, chory po długotrwałym ropnym zapaleniu opłucnej wkroczył w okres zdecydowanej rekonwalescencji, gdy nagle pewnego dnia zakrztusił się i w parę minut nastąpiła śmierć. Sekcja wykazała przeżarcie drobnej tętniczki w płucach i w następstwie wylania się niewielkiej ilości krwi do oskrzeli nastąpiło zaduszenie się chorego.

Ze względu na powyższe, statystyka zakażeń ogólnych, leczonych za pomocą P. K. musi już z góry wyosabniać podobne przypadki, które są już poza granicą jej skuteczności.

Leczenie zakażeń ogólnych za pomocą P. K. z różnych względów jest daleko więcej kłopotliwe od innych sposobów leczenia: chcąc jednakowoż uzyskać dobre wyniki należy, jak już o tym wspomniałem wyżej, stosować serie P. K., jak to czynimy np. przy leczeniu za pomocą surowic. Był czas, że i surowice stosowano bardzo oględnie i przy tym jednorazowo. Obecnie nikt się nie obawia powtarzać surowicy kilkakrotnie i są znane przypadki, że w ciężkich przypadkach tężca, stosowano do 1½ litra surowicy i dzięki temu chorych uratowano. Czegoż możemy oczekiwać w ciężkich przypadkach od jednorazowego P. K.? Przejściowego jedynie dodatniego działania, jak przy osłabieniu mięśnia sercowego przejściową daje poprawę jednorazowe zastrzyknięcie kamfory. Z tego wynika, że i P. K. musi być w miarę potrzeby powtarzane, a w ten sposób nie tylko dzielnie wesprzemy organizm w walce z zakażeniem, lecz i znakomicie skrócimy czas choroby, nie dopuszczając również do następowych spustoszeń w organizmie w postaci osłabienia mięśnia sercowego, niedokrwistości itp.

Jednak P. K. w zakażeniach ogólnych będzie zabiegiem delikatniejszej natury, niż w innych przypadkach. Tutaj bowiem czasami może być trudniejsza ocena zgodności krwi dawcy i biorcy, gdyż niekiedy przy bakteriemiach, jako też i przewlekłym ropieniu występuje tzw. zjawisko Thomsena, polegające na nabyciu nowych własności krwinek chorego pod wpływem zaczynów wytwarzanych przez drobnoustroje, co może spowodować fałszywą ocenę grupowości krwi, przy badaniu jej na zgodność. Poza tym, ze względu na ciężki toksyczny stan chorego, musimy również uważać, by P. K. nie przeciążyło serca lub naczyń, nerek, wątroby, co może spowodować katastrofę. Z tego względu musimy się liczyć z ilością przelanej krwi, gdyż o ile małe dawki (50—100 cm³) organizm zniesie dobrze i odpowie chwilowym polepszeniem, o tyle większe dawki mogą być zabójcze, z powodu wyczerpania wspomnianych narządów. A więc będziemy ostrożnie dawkować przetaczaną krew w każdym poszczególnym przypadku, przy czym zawsze oddamy pierwszeństwo bezpośredniemu przetaczaniu. Niemniej ważną rzeczą jest, by dawca był osobnikiem młodym, silnym i zupełnie wypoczętym, a to dlatego, by z P. K. nie wprowadzać, do organizmu chorego, toksyn znużenia.

Przy stosowaniu P. K. czasami możemy się spotkać z wstrząsem, występującym niekiedy w ciężkiej postaci. Dla uniknięcia powyższego niektórzy radzą nasamprzód przetoczyć 25 cm³ krwi, by po upływie godziny dopełnić P. K.

Jakkolwiek zwykłe P. K. w porę zastosowane w zakażeniach ogólnych jest bardzo cennym środkiem ogólnie wzmacniającym, a tym samym dzielnie wspierającym organizm w walce z drobnoustrojami, to jednakże działanie jego będzie raczej pośrednie. Bezpośredniość zadziałania na samą przyczynę choroby, w danym przypadku drobnoustroje, zdobywa dopiero P. K. O., jak o tym było wyżej, gdyż łączy w sobie zalety zwykłego P. K. i zalety krwi posiadającej w obfitości swoiste dla danego drobnoustroju przeciwciała. Trudno się bowiem zgodzić z tymi, którzy twierdzą, że P. K. O. nie daje większej pewności, niż zwykłe P. K. Zawsze przyczynowe leczenie będzie dla nas ideałem, a w P. K. O. mamy właśnie taki środek. W. Brody i W. Crocker przytaczają przypadek ciężkiego zakażenia ogólnego, gdzie chory otrzymał 6 P. K. bez żadnego wyniku, gdy zaś wreszcie zastosowano mu P. K. O., to już po 48 godzinach nastąpił spadek ciepłoty i stopniowy powrót do zdrowia. Tak samo K. Neuman otrzymywał wyzdrowienie w tych przypadkach, gdzie stosował P. K. O. Z tego, co wiemy o obronie organizmu przeciwko drobnoustrojom wynika, że dla wystąpienia żerności ciałek białych muszą być obecne we krwi swoiste przeciwciała, które w ten lub inny sposób działając na zarazki, czynią je podatnymi dla fagocytozy. P. K. O. więc dostarcza nie tylko nowych fagocytów (w zakażonym organizmie mogą być one zatrute i jako takie niezdolne do fagocytozy), lecz i obfitej ilości odpowiednich przeciwciał. Jasnym jest tedy, jak wielkie znaczenie posiada P. K. O. teoretycznie, co statystyka ogłaszanych przypadków potwierdza i praktycznie.

W ostatnich czasach zyskaliśmy również bardzo cenny i skuteczny środek przeciwko ogólnym zakażeniom łańcuszkowcami bądź też meningokokami w postaci wielowartościowej surowicy. Miałem możność w kilku przypadkach stosować jedną i drugą z pomyślnym wynikiem. Dotyczące piśmiennictwo również podaje pomyślne sprawozdania po zastosowaniu tych surowic, przy czym podług Doptera śmiertelność w ogólnych zakażeniach łańcuszkowcem spadła do 17,47%. Może być, że P. K. w połączeniu z właściwą surowicą będzie tym środkiem, który jeszcze skuteczniej obniży śmiertelność oraz wybitnie skróci przebieg choroby. Wtedy kłopotliwość uodporniania dawcy odpadłaby, gdyż P. K. i odpowiednia surowica w zupełności zastąpiłaby P. K. O.

Piśmiennictwo:

1) Dworecki J.: Warsz. Czas. Lek. Nr 25, 26, 27, 28. 1928. — 2) Gliński L.: Zmiany w ustroju ludzkim w przebiegu chorób zakaźnych. Kraków 1929. — 3) Gluziński A.: Pol. Gaz. Lek. Nr 28. 1935. — 4) Hirszfeld L.: Grupy krwi. Warszawa 1934. — 5) Neuman K.: Lekarz Wojsk. Nr 1. 1933. — 6) Szczepański Zdz.: O zakażeniach posocznicowych z uwzględnieniem badań układu siateczkowo-śródbłonkowego. Warszawa, 1927. — 7) Zalewski Fr.: Lek. Wojsk. 1932. — 8) Zalewski Fr.: Polski Przegląd Chirurg. T. XII. 1933. — 9) Brody W. and Crocker: The Journal of the American Medical Associat. Vol. 98. Nr 25. 1932. — 10) Stephenson R.: The Journal of the American Medical Associat. Vol. 100. Nr 2. 1933. — 11) Abrami et Tzank: Paris médical. Nr 6. 1931. — 12) Castellani: Comptes-Rendus de la conférence chirurgicale interalliée. Paris 1919. — 13) Dopter: Paris Médical. Nr 22. 1935. — 14) Govaerts: Comptes-Rendus de la conférence chirurgicale interalliée. Paris, 1919. — 15) Phelizot et Tassovatz: La tranfusion sanguine comme traitement des broncho-pneumonies graves de la première enfance. Revue française de pédiatrie. Nr 6. 1932. — 16) Roger et Widal: Nouveau traité de médecine. Maladies infectieuses. Paris 1926. — 17) Séjourné: Presse Médical. Nr 21. 1931. — 18) Tzank: La transfusion du sang. Paris 1933. — 19) Tzank, Huter, Abricossoff: Presse Médical. Nr 59. 1932. — 20) Wellon et Sacquépée: Comptes-Rendus de la confer. chir. interaliée. Paris, 1919. — 21) Wright: ibid. — 22) Buzello: Die septische allgemeine Infektion. Kirschner-Nordman. Die Chirurgie. Berlin 1926. — 23) Buzello: Der Chirurg. Hft. 4. 1935. — 24) Bucura: Wien. klin. Woch. Nr 18. 1934. — 25) Bürkle de la Camp: Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. B. 231. 1931. — 26) Hoche: Wien. Med. Woch. Nr 29, 30. 1932. — 27) Hoche: Wien. Klin. Woch. Nr 52, 53. 1932. — 28) Kutscha-Liszberg: Wien. Klin. Woch. Nr 19, 1934. — 29) Linser: Münch. Med. Woch. Nr 31. 1925. — 30) Moritsch u. Wittman: Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie. B. 236. 1932. — 31) Oehlecker: Die Bluttransfusion. Berlin 1933. — 32) Schiff: Person und Infekt. R. Brugsch u. Levy. Die Biologie der Person. Berlin 1926. — 33) Wildegans: Deutsche Med. Woch. Nr 48. 1930.

Dr Maksymilian SCHONBERG. Kraków.

O rozsianej postaci gruźlicy gruczołów chłonnych.

Z Oddziału Chorób Dzieci Szpitala św. Łazarza (św. Ludwika). Prymariusz: Dr J. K. Gołąb.

Spośród licznych i codziennych przypadków gruźlicy gruczołów chłonnych u dzieci uważamy za stosowne ogłosić poniższy przypadek, ze względu na mnogość zmian chorobowych i przebieg odbiegający od przeciętności.

Dziewczynka Z. K., lat 7, przyjęta została na Oddział Chorób Dzieci Szpitala św. Łazarza dnia 6 grudnia 1936 r., ze skargami na duszność napadową, trwającą po kilka dni. Napadom tym towarzyszył kaszel i ból w klatce piersiowej. Dolegliwości te trwają od dwóch miesięcy. Przed rokiem przechodziła krztusiec i odrę. Od tego czasu rodzice zauważyli powiększenie się gruczołów na szyi. U dziewczynki dobrze rozwiniętej i odżywionej stwierdzono w dniu przyjęcia ciepłotę 37,4° i tętno wynoszące 96 uderzeń na minutę. Badanie klatki piersiowej wykazało obniżenie granic płuc, zaostrzenie szmerów pęcherzykowych i przedłużenie wdechu. Nad obu płucami obecność licznych świstów i furczeń. Granice serca były prawidłowe, tony czyste, ciche i miarowe. Tętno dobrze napięte. Wątroba powiększona, wystawała spod łuku żebrowego prawego na szerokość trzech palców w linii sutkowej prawej, a na szerokość dwóch palców, w linii środkowej ciała, poniżej wyrostka mieczykowatego. Śledziona, przy głębokim wdechu, wysuwała się spod łuku żebrowego na szerokość jednego palca w linii pachowej środkowej.

Na szyi, wzdłuż tylnego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego, obustronnie, widoczne były pakiety gruczołów limfatycznych, wielkości mandarynki, spoistości miękkiej, elastycznej, składające się ze zrośniętych ze sobą poszczególnych gruczołów. Pakiety gruczołów nie były ruchome na podstawie, skóra ponad nimi była niezmieniona i dawała się ująć w fałdy.

Gruczoły podszczękowe były obustronnie powiększone, głównie zaś po stronie prawej, gdzie dochodziły do wielkości fasoli, ruchome na podstawie, skóra ponad nimi zmian nie przedstawiała. W pasze lewej pakiet gruczołów dochodził do wielkości dużej śliwy, o cechach jak powyżej wymieniono. W pachwinach wyczuwało się pakiety gruczołów wielkości orzecha włoskiego, ponad więzadłem Pouparta stwierdzono obustronnie poszczególne gruczoły limfatyczne wielkości orzecha laskowego. Gruczoły łokciowe i kolanowe były niemacalne.

Pozostałe narządy nie wykazywały nieprawidłowości.

Odczyn Pirqueta był dodatni, a Wa ujemny.

Mocz bez zmian chorobowych.

Badanie krwi wykazało: 5,740.000 ciałek czerw. w 1 mm³. 75% hemoglobiny. Wskaźnik 0,65, ciałek białych 11.300 w 1 mm³.

W rozmazie krwi było 35% obojętnochłonnych, 38% limfocytów, 24% eozynochłonnych, 2% monocytów, 1% zasadochłonnych. Badaniem kału na jaja pasożytów metodą Tellemanna stwierdzono obecność jaj pasożyta *trichocephalus dispar*.

Badanie klatki piersiowej promieniami Roentgena wykazało nacieczenie obu wnęk zwłaszcza prawej. Zapalenie okołooskrzelowe płuca prawego i płatu górnego płuca lewego. Zagęszczenie szczytów. Powiększenie gruczołów okołotchawiczych prawych.

Badanie histopatologiczne wycinka gruczołu limfatycznego z pachy lewej, wykonane w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. pozwoliło stwierdzić histologiczne cechy gruźlicy.

Po kilku dniach pobytu w szpitalu objawy dychawiczego nieżytu oskrzeli ustąpiły. Dziecko przez cały czas pobytu, to jest przez 31 dni nie miało napadów duszności i nie gorączkowało. Dziecko nie zdradzało też żadnych innych dolegliwości.

Powiększenie gruczołów utrzymywało się bez zmian przez cały czas pobytu w szpitalu. Zmiany w narządach wewnętrznych również utrzymywały się, kilkakrotne badania krwi nie wykazywały większych odchyleń od wyników pierwszego badania.

Zalecono naświetlanie gruczołów promieniami Roentgena i na żądanie rodziców oddano dziecko do domu.

Gruźlica gruczołów chłonnych występuje w dwóch postaciach: mianowicie jako zmiana wtórna, wskazująca na ognisko gruźlicze w sąsiedztwie, skąd do schorzenia gruźliczego gruczołu chłonnego dochodzi drogą chłonki, bądź też jako schorzenie gruźlicze gruczołów chłonnych, które powstaje na drodze krwiopochodnej. Najczęściej spotykamy w wieku dziecięcym gruźlicę gruczołów chłonnych na szyi. Na 155 przypadków badanych przez T r e v e r s a, gruczoły szyjne zajęte były m. i. w 145 przypadkach, a wyłącznie szyjne w 131 przypadkach, gruczoły pachowe zajęte były w 17 przypadkach, w tym wyłącznie zaledwie w 4. gruczoły pachwinowe w 8, a wyłącznie w 6 przypadkach.

Ulubionym miejscem usadowienia się gruźlicy są gruczoły podszczękowe oraz gruczoły położone między kątem żuchwy a przednim brzegiem mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego poza tym gruczoły nadobojczykowe, których jednostronny obrzęk w wieku dziecięcym jest patognomiczny dla gruźlicy. Gruczoły te bowiem znajdują się w związku z gruczołami wewnątrz klatki piersiowej.

Należy podkreślić, że gruźlica gruczołów położonych ku tyłowi od mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego jest nadzwyczaj rzadka i występuje jedynie przy przejściu swoistej sprawy z gruczołów umiejscowionych ku przodowi od tego mięśnia.

Przyczyny zmian gruźliczych w gruczołach szyjnych należy szukać w najbliższym obwodzie odpływu chłonki do wymienionych gruczołów.

Migdałki podniebienne, a w rzadkich przypadkach wyrośla gruczołowate ulegają zakażeniu gruźliczemu, bądź przez plwocinę, bądź przez prątki zawarte w pożywieniu.

Względnie duże znaczenie odgrywa w tych przypadkach *typus bovinus*. Wedle zestawienia M ö l l e r s a wśród 300 przypadków gruźlicy gruczołów szyjnych i pachowych stwierdzono w 40.3% *typus bovinus*. Gruźlica migdałków i wyrośli gruczołowatych zdarza się częściej niż przypuszczano. M a c C r e a d y i C r o w stwierdzili gruźlicę w 4.2% na 326 wyłuszczeń migdałków. Zakażenie gruczołów pachwinowych towarzyszy gruźlicy brzusznej, bywa też niekiedy następstwem zakażenia przy obrzezaniu. Na drodze chłonnej powstaje gruźlica gruczołów wnękowych i krezkowych.

W razie braku zmian swoistych w sąsiedztwie, jako też w wypadku zajęcia szeregu grup gruczołów chłonnych, musimy przyjąć istnienie zakażenia krwiopochodnego, aczkolwiek nie jest wykluczone, że i na drodze chłonnej może przyjść do uogólnienia się gruźlicy gruczołów chłonnych.

W gruźlicy dziecka małego, a nawet większego, względnie rzadko spotykamy się z uogólnieniem się sprawy gruźliczej w gruczołach obwodowych. Są jednakże postacie gruźlicy dziecięcej, a mianowicie rozsiane, krwiopochodne, gdzie spotykamy również rozsianie się sprawy gruźliczej w gruczołach limfatycznych. W tych przypadkach także badania histopatologiczne i wyniki szczepień na zwierzętach potwierdzają rozpoznanie kliniczne.

Te postacie, w których nastąpiło rozsianie się gruźlicy na drodze krwiopochodnej do wszystkich lub prawie wszystkich gruczołów chłonnych, nie tylko zewnętrznych, obejmują niektórzy autorowie nazwą ziarniniaka gruźliczego (*granuloma tuberculosum* — B a u m g a r t e n, B e n j a m i n). W tych przypadkach mamy do czynienia bądź to z przebiegiem ostrym, choroba przebiega z wysoką gorączką i kończy się śmiertelnie, bądź też, dzieje się to w przypadkach rzadkich, mamy do czynienia z przebiegiem przewlekłym, podobnym do przebiegu ziarnicy złośliwej czyli choroby Hodgkina [1]). Rozpoznanie możliwe jest jedynie na podstawie badania histopatologicznego wycinka i stwierdzenia swoistego utkania gruźliczego.

Anatomo-patologicznie różnią się postacie uogólnione od częstszych miejscowych zmian gruźliczych w gruczołach chłonnych, brakiem rozmiękania i serowacenia: mamy do czynienia natomiast z tworami o spoistości elastycznej, miękkiej, przesuwalnymi na podstawie i niezrośniętymi ze skórą, a które niejednokrotnie cofają się samoistnie.

Badanie krwi w tych przypadkach stwierdza niejednokrotnie zmniejszenie się liczby limfocytów, jako następstwo zniszczenia tkanki limfatycznej w gruczołach chłonnych.

Może to mieć miejsce w postaciach rozsianych, którym towarzyszy także leukopenia. Z drugiej strony bardzo często spotykamy w tych wypadkach, jak i w innych postaciach gruźlicy, znaczną limfocytozę.

Tych kilka uwag uznaliśmy za stosowne podać, chcąc uwypuklić niezwykły obraz chorobowy u naszej chorej. U dziewczynki, której opis choroby powyżej podaliśmy, mamy do czynienia z uogólnioną gruźlicą gruczołów limfatycznych. Prawie wszystkie gruczoły tak wewnętrzne, jak i zewnętrzne są zajęte sprawą chorobową. Jednym słowem mamy do czynienia ze schorzeniem gruźliczym układu chłonnego. O ile chodzi o umiejscowienie poszczególnych grup gruczołów, charakterystyczną rzeczą jest zajęcie obustronne gruczołów wzdłuż tylnego brzegu mięśnia sutkowo-mostkowo-obojczykowego, co, jak opisaliśmy powyżej, jest rzeczą rzadką. Gruczoły chłonne obwodowe nie są zrośnięte ze skórą i pomimo dość długiego czasu trwania choroby nie uległy zserowaceniu, natomiast są miękkie i elastyczne.

Ze względu na uogólnienie się sprawy chorobowej i ponieważ w okręgach spływu chłonki do odpowiednich gruczołów nie spotykamy przynajmniej makroskopowo zmian gruźliczych, musimy myśleć o krwiopochodnym powstaniu zmian gruźliczych. Obraz ten odpowiada na podstawie powyższych danych ziarniakowi gruźliczemu o przewlekłym przebiegu.

Kilka słów wytłumaczenia należy poświęcić dużej eozynofilii występującej w tym przypadku. Chora przysłana została z objawami dychawiczego nieżytu oskrzeli (*bronchitis asthmatica*), badanie kału zaś stwierdziło obecność jaj pasożyta *trichocephalus dispar*. Na karb tych objawów kładziemy obecność znacznej eozynofilii.

W analizie różniczkowej kilka słów poświęcić należy ziarnicy limfatycznej (*lymphogranulomatosis*) najbliżej spokrewnionemu z ziarniakiem gruźliczym.

Dobry stan dziecka, brak gorączki przez cały czas pobytu w szpitalu i dodatni odczyn Pirqueta, przemawiają przeciw ziarnicy limfatycznej. Z drugiej strony znowu, zajęcie prawie całego układu chłonnego, znaczna leukocytoza, duża ilość ciałek eozynochłonnych i neutrofilia, kazały rozważać możliwości ziarnicy limfatycznej. Badanie histopatologiczne może jedynie rozstrzygnąć te wątpliwości.

W leczeniu, obok zalecenia leczenia ogólno-wzmacniającego, jak w innych postaciach gruźlicy, uwzględniliśmy leczenie promieniami Roentgena.

Piśmiennictwo:

P f a u n d l e r-S c h l o s s m a n n: Handbuch der Khlk. — S i m o n-R e d e k e r: Lehrbuch der Kinder Tbk. — H o l t-H o w l a n d: Choroby dzieci i niemowląt. — W. D e u t s c h m a n n: Diagnose und Differentialdiagnose der Halsdrüsen Tbk. Kind. Praxis 1936.

---

[1]) Nie tylko gruczoły limfatyczne zewnętrzne ulegają schorzeniu, ale także gruczoły wnękowe, krezkowe, jako też utkanie limfatyczne w wątrobie i śledzionie.

Dr Jan Wiktor JANKOWSKI. Lwów.

Naświetlanie promieniami pozafiołkowymi krwi krążącej u ludzi.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Ubezpieczalni Społecznej we Lwowie.
Ordynator: Dr Z. Czeżowska.

Wpływ promieni pozafiołkowych na ustrój jest znany i uznany powszechnie. Należy jednak zaznaczyć, że w działaniu tych promieni główny jest miejscowy odczyn skóry, działanie ogólne właściwie pochodzi z miejscowego odczynu skóry. Odczyn ogólny bezpośredni, z pominięciem odczynu skóry, może powstać tylko wtedy, jeżeli promienie te dostaną się do krwi. Krew, docierająca do wszystkich tkanek, może do nich przenieść tę energię promienną. Jednak promienie pozafiołkowe (P. F.) są bardzo mało wnikliwe. W skórze cienkiej i bladej pewna część ich może przeniknąć do naczyń włosowatych skóry. Promienie P. F. mają długość fali 400 μ do 100 μ. Wedle zaś badań A. Bachema przez warstwę rogową i rozrodczą naskórka promienie o fali poniżej 300 μ przenikają tylko w bardzo małym procencie, a poniżej 250 μ wcale nie przenikają. W skórze o grubym naskórku lub obfitszym barwiku warunki przenikania są jeszcze gorsze. Najsilniej zaś biologicznie działającymi są, wedle dotychczasowych badań, promienie o długości fali 320, 290, 260, 250 μ. Wobec tego stanu rzeczy bardzo pociągającą staje się myśl znalezienia sposobu, który by umożliwił naświetlanie wprost krwi, aby także za jej pośrednictwem wprowadzić te promienie do ciemnego wnętrza organizmu.

Zanim przejdziemy do omawiania naszych badań, należy zastanowić się, jaki wpływ mogą wywrzeć na krew promienie P. F. Otóż przede wszystkim należy zważyć, że naświetlać krew można tylko w ten sposób, że pewną ilość jej wyprowadzimy z żyły i po naświetleniu znów wprowadzimy do ustroju. Sam ten zabieg nawet bez naświetlenia zmienia do pewnego stopnia krew tak, że wprowadzenie tej krwi wpływa już jako bodziec. Naturalnie naświetlenie zmienia krew w większym stopniu tak, że naświetlona krew działa jako bodziec silniejszy. Ponadto z licznych badań działania promieni P. F. należy tutaj nadmienić, że promienie te działają na dyspersję koloidów w roztworach koloidalnych, podnoszą jonizację środowiska, przez które one przechodzą, działają na cholesterynę, zmieniając ją na witaminę D, działają na roztwór białka, ścinając je przy dłuższym działaniu, zabijają drobnoustroje nawet po krótkim działaniu (wedle Sonnego długość fali 260 mikro-mikronów), wzmagają fagocytozę ciałek białych, potężnie obniżając siłę jadów bakteryjnych (Tappainer). Promienie o fali 250 mikro-mikronów działają hemolizująco na ciałka czerwone krwi (Sonne) przy dłuższym działaniu. Wedle Schläpfera, żywa tkanka, zwłaszcza krew, wydziela pewne promienie, które działają na płytę fotograficzną. W stanach patologicznych, zwłaszcza w niedokrwistości, krew tę własność traci (wedle Seyderhelma). Naświetlanie ma wzmagać tę energię promienistą żywej tkanki.

Do przeprowadzania badań zachęciły mnie najbardziej wyniki badań Seyderhelma, który u zwierząt wstawiał między tętnicę a żyłę szyjną długą rurkę kwarcową i krew przepływającą przez tę rurkę naświetlał promieniami lampy kwarcowej. Autor ten stwierdził, że naświetlanie to nie miało wpływu na krew zwierzęcia zdrowego, natomiast jeśli poprzednio przez zatrucie saponinami wywołał nawet znaczny stopień niedokrewności to naświetlanie sprowadzało bardzo żywą odnowę krwi i zwyżkę liczby ciałek czerwonych nawet powyżej wartości początkowych. Ten krwiotwórczy bodziec na szpik przenosi się tylko przez ciałka czerwone, które bardzo chciwie chłoną promienie P. F. Ten nowy czynnik krwiotwórczy, uczynniony przez promienie P. F. nazwał cytageniną. Doświadczenia na ludziach przeprowadzał on w ten sposób, że pobierał około 20 cm³ krwi, odwłókniał ją i po naświetleniu wstrzykiwał domięśniowo. Zwyżkę ciałek czerwonych uzyskiwał w przypadkach następowej niedokrwistości, w przypadkach niedokrwistości złośliwej wyniku nie widział.

Niezależnie od Seyderhelma, Ferwers wstrzykiwał ludziom domięśniowo krew naświetlaną i uzyskiwał zwyżkę liczby ciałek czerwonych tak u osób zdrowych, jak i w przypadkach niedokrwistości każdego typu. Zwyżka ta występowała już w kilka godzin po zastrzyku i przekraczała niekiedy 1 milion ciałek czerwonych na milimetr sześcienny (ilość krwi wstrzykniętej 20 cm³). Autor ten próbował naświetlać krew krążącą u ludzi w ten sposób, że aparatem Becka przetaczał krew z żyły jednej ręki do żyły drugiej ręki; w system rurek aparatu wstawiał krótką rurkę kwarcową, którą naświetlał lampą kwarcową. Po tego rodzaju zabiegu badacz ten miał nie widzieć żadnego wyniku mimo, że przetaczał 300—500 cm³ krwi.

Moje próby zacząłem również od wstrzykiwania domięśniowego krwi, naświetlanej przez 10—15 minut, zadanej odpowiednią ilością roztworu cytrynianu sodowego. Krew tę wstrzykiwałem w ilości 10—20 cm³. Wychodząc jednak z założenia, że naświetlanie krwi krążącej musi mieć wpływ większy i bardziej swoisty dla promieni P. F., rozpocząłem naświetlanie krwi w ten sposób, że między igłę, a strzykawkę „Rekord" wstawiałem rurkę kwarcową[1]) długości 5 cm, której światło miało średnicę 1 mm; igłę wprowadzałem do żyły, nad rurką zapalałem lampę kwarcową w odległości 15—25 cm, pobierałem krew do strzykawki i natychmiast ją wstrzykiwałem z powrotem do żyły, zabieg ten powtarzając kilkadziesiąt razy. W razie tworzenia się skrzepów w strzykawce, zmieniałem strzykawkę, nie ruszając igły i rurki, przestrzykując ją tylko fizjologicznym roztworem soli kuchennej z dodatkiem cytrynianu sodowego. W ten sposób przetaczałem 100—300 cm³ krwi. Należy zaznaczyć, że każda porcja krwi była w ten sposób naświetlana dwukrotnie w rurce kwarcowej, raz przy przechodzeniu do strzykawki, drugi raz w drodze powrotnej do żyły.

Badania przeprowadzałem naprzód na tym materiale, którym bezpośrednio rozporządzałem, dlatego przeważającą liczbę badań przeprowadziłem w schorzeniach gośćcowych. W 19 przypadkach gośćca stosowałem wstrzykiwania domięśniowe krwi naświetlanej. W 12 przypadkach naświetlałem krew krążącą (*autohaemo* dożylne) w ilości poniżej 100 cm³, w 9 przypadkach w ilości 100—300 cm³. Początkowo w badaniach postępowałem nader ostrożnie, naświetlając małe ilości krwi: 2—5 cm³. Dopiero stopniowo, gdy przekonałem się, że chorzy znoszą ten zabieg bardzo dobrze, zacząłem naświetlać coraz to większe ilości krwi. W przypadkach gośćca stosowałem te próby leczenia, opierając się na dodatnich wynikach, jakie można było uzyskać zwykłą autohemoterapią (nie naświetlaniem) i wychodząc z założenia, że naświetlanie krwi jest bodźcem podobnym, lecz nieco silniejszym. Nadto, jak wyżej wspomniałem, promienie P. F. działają na jady bakteryjne i elektrostatykę, wiemy zaś, że zmiany w elektryczności atmosferycznej powodują powstawanie bólów gośćcowych (znana powszechnie zależność bólów gośćcowych od pogody). Jeśli chodzi o wpływ tego sposobu leczenia, to zaznaczyć należy, że naświetlanie większej ilości krwi krążącej (metoda dożylna) ma większy wpływ od wstrzykiwań domięśniowych krwi naświetlanej. W czterech przypadkach długo trwające obrzęki stawów cofały się szybko i wyraźnie pod wpływem tego leczenia; w innych przypadkach działanie dodatnie zaznaczało się również, jednak obrzęki cofały się powoli. W dwóch przypadkach stwierdzone rentgenologicznie odwapnienia kości znacznie się cofnęły. Poziom wapnia we krwi nie zmieniał się przy tym leczeniu. Stany podgorączkowe nie przekraczające 38°, cofały się; na gorączkę wyżej 38° takie leczenie nie miało wyraźniejszego wpływu. We wszystkich przypadkach można było zauważyć wyraźnie ogólnokrzepiące działanie, poprawę samopoczucia, poprawę łaknienia, zmniejszanie bólów. Ponadto zauważyłem, że w ciągu tego leczenia wyraźnie zmniejszała się zależność od zmian atmosferycznych. Wyraźnego wpływu na liczbę ciałek czerwonych w tej grupie przypadków nie zauważyłem, jeżeli chorzy ci wykazywali normalne liczby ciałek czerwonych lub bardzo nieznaczny stopień niedokrewności. W niektórych przypadkach tej grupy spostrzegałem w 1 godzinę po naświetleniu większej ilości krwi krążącej spadek liczby ciałek czerwonych, który jednak szybko się wyrównywał. Ilość retikulocytów wzrastała niestale i nieznacznie.

Badanie przeprowadzałem również w przypadkach niedokrewności. W dwóch przypadkach niedokrewności wtórnej wstrzykiwałem krew naświetlaną domięśniowo; wynik był znacznie mniejszy od podawanego przez Ferwersa. W jednym przypadku po sześciu wstrzyknięciach z 3,2 mil. wzrosła liczba ciałek czerwonych na 3,7 mil., w drugim przypadku z 3,6 mil. na 3.95 mil.

Krew krążącą naświetlałem w sześciu przypadkach niedokrewności: w jednym przypadku ciężkiej niedokrewności (ze wskaźnikiem Hb większym od 1, z dużym obrzękiem wątroby i śledziony) po trzech naświetlaniach zwyżka z 1,8 mil. na 2.2 mil. z objawami odnowy. Wynik ten jednak był przejściowy. Należy zaznaczyć, że w przypadku tym leczenie wątrobowe nie dawało wyniku. W drugim przypadku, dotyczącym niedokrewności złośliwej po jednym naświetleniu zwyżka o 0,3 mil. i wyraźna zwyżka retikulocytów z 1‰ na 14‰, dalsze leczenie wątrobowe z nadzwyczaj dobrym wynikiem. W trzecim przypadku niedo-

[1]) Rurkę tę wykonała, według mojego pomysłu firma A. Pfützner, Lwów, ul. Słowackiego. Rurka ta ma z jednego końca obsadkę metalową, dostosowaną do igły, z drugiego końca obsadkę metalową, dostosowaną do strzykawki.

krewności złośliwej z powodu przeszkód technicznych udawało się naświetlać tylko mniejsze, niż 100 cm³, ilości krwi i dlatego wyniku nie stwierdzono, retikulocyty wzrastały nieznacznie. W czwartym przypadku po dwóch naświetlaniach następował wzrost z 2,3 na 2,9 mil., retikulocyty z 1⁰/₀₀ na 4⁰/₀₀. W przypadku tym leczenie wątrobowe dało nieznaczny wynik. W piątym przypadku niedokrwistości niedobarwliwej spostrzegano zniżkę liczby ciałek czerwonych o 0.4 mil., utrzymującą się szereg dni po 1 naświetleniu. W szóstym przypadku niedokrwistości następowej po naświetleniu w godzinę następowała zniżka z 2,5 mil. na 2,2 mil., natomiast po 24 godzinach zwyżka do 3,2 mil., utrzymująca się przez szereg dni; retikulocyty już w godzinę po naświetleniu wzrosły z 2⁰/₀₀ na 4⁰/₀₀.

Zauważyłem też, że zniżka w godzinę po naświetlaniu występuje wtedy, gdy odległość lampy kwarcowej od rurki była mała (10 cm). Nadto należy zauważyć, że wpływ naświetlania jest wtedy większy, gdy zabieg wykonywano powoli, gdy krew, przepływając przez rurkę wolniej, dłużej była naświetlana, i że wpływ ten zależy więcej od dłuższego naświetlania każdej partii krwi, niż od ogólnej ilości. Wreszcie próbowałem naświetlania krwi w stanach posoczniczych w trzech przypadkach, opierając się na bakteriobójczym i wzmagającym fagocytozę działaniu promieni P. F. W dwóch przypadkach nie widziałem żadnego wyniku, w jednym otrzymałem zniżkę gorączki z 40⁰ do poniżej 39⁰ i pewną poprawę ogólnego stanu, jednak dalsze stosowanie tej metody w przypadku tym było niemożliwe, gdyż żyły były tak zniszczone poprzednimi wstrzykiwaniami trypaflawiny i preparatów srebrowych, że wprowadzenie igły grubej do żyły natrafiało na trudności.

Zbierając wyniki tych badań, mogę zaznaczyć, że dzięki tej prostej metodzie (rurka kwarcowa między igłą, a strzykawką) mieliśmy możność naświetlania promieniami F. F. krwi krążącej u ludzi. Naświetlanie to ma działanie ogólnokrzepiące; w przypadkach gośćca działa niekiedy na znikanie obrzęków, bólów i stanów podgorączkowych. Działanie na krew w przypadkach niedokrwistości jest niewątpliwe, choć nie tak wielkie, jakby to wynikało z pracy Ferwersa. Działanie to jest niejednolite, przebiega często dwuokresowo. Krew chorobowo zmieniona prawdopodobnie chłonie promienie P. F., nie wszystkie jednakowo, i od tego zależy działanie naświetlania; nadto wzrost ciałek czerwonych zależy od stanu, w jakim się znajduje aparat krwiotwórczy. Wyniki otrzymane w przypadkach posocznicy należy ocenić ujemnie.

Piśmiennictwo:

1) Ferwers: D. med. Woch. Il. 1922, 1933. — 2) Ferwers: D. Arch. f. Klin. Med. 175, 226, 1933. — 3) Braun: M. med. Woch. I. 211, 1933. — 4) Seyderhelm: Klin. Woch. 628, 1933. — 5) Dessauer: Zehn Jahre Forschung auf dem physikalisch-medizinischen Grenzgebiet. Leipzig (Thieme) 1931. — 6) A. Bachem: Am. J. of Physiol. 1929. — 7) Sonne, Schläpfer, Tappainer, przyt. wedle: Sabatowski, Klimatoterapia oraz Hydroterapia, Lwów 1923 i Dietrich-Kaminer, Handbuch der Balneologie und med. Klimatologie, Leipzig 1924. — 8) Wellisch: Die Quarzlampe, Berlin (Springer) 1932.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Sprawozdanie ze Zjazdu w sprawach zdrowotnych młodzieży akademickiej.
(Ateny, 19—23 lipca 1936 r.).

Dokończenie.

Ważność obowiązkowych badań masowych dla sprawy podniesienia stanu zdrowotnego młodzieży została jednomyślnie potwierdzona w przemówieniach wszystkich mówców.

Prof. Oikonomopoulos zaznaczył, iż w Grecji istnieją przymusowe badania przed przyjęciem na uczelnię; dotychczas nie stosowano jednak we wszystkich przypadkach badania rentgenowskiego, co należy uważać za zasadniczy brak, zwłaszcza jeśli chodzi o wykrycie gruźlicy płuc. Z najbliższym rokiem akademickim brak ten zostanie usunięty. Istniejące ustawy pozwalają na nieprzyjęcie na uczelnie chorych na gruźlicę, jaglicę i kiłę.

Prof. Moutoussis mówił o organizacji pomocy dla studentów w Grecji. W Uniwersytecie ateńskim opiekuje się młodzieżą Klub Uniwersytecki, w którego gmachu odbywają się obrady zjazdowe. W Klubie Uniwersyteckim mają studenci możność uczenia się, słuchania wykładów uzupełniających i dokształcających, uczestniczenia w różnych kursach urządzanych przez profesorów, następnie korzystania z biblioteki, sal do nauki. Osobny dział stanowi pomoc żywnościowa; Klub prowadzi jadłodajnię, w której studenci mogą otrzymać za małą opłatą wikt, co w stosunkach greckich ma wielka wartość ze stanowiska zdrowotnego. Wreszcie zajmuje się Klub Uniwersytecki niesieniem pomocy lekarskiej młodzieży. W Uniwersytecie ateńskim istnieje obowiązkowa opłata na cele zdrowotne w wysokości 100 drachm rocznie. W najbliższej przyszłości jest zamierzone otwarcie Domu Zdrowia w niedalekiej odległości od Aten, gdzieby można było umieszczać lekko chorych studentów.

Interesujące cyfry przedstawił Prof. Oikonomopoulos dotyczące gruźlicy. W Grecji śmiertelność na gruźlicę wynosiła w roku 1933 15,27 na 10.000 ludności. Według zdania mówcy, kwoty jakie łoży rząd na walkę z gruźlicą są kompromitująco niskie. W roku 1935/36 w budżecie państwowym greckim znajduje się kwota 37,000.000 drachm na zwalczanie gruźlicy (równowartość 1,500.000 zł). Jak należy określić stosunki w Polsce, kraju mającym prawie 6 razy więcej ludności jak Grecja, gdzie przy śmiertelności na gruźlicę większej jak w Grecji, w budżecie państwowym w tym samym czasie figuruje na zwalczanie gruźlicy kwota około 800.000 zł a więc *o połowę* mniejsza, jak w Grecji?

Zagranicznym uczestnikom Zjazdu, a przede wszystkim z Polski imponowało i budziło zazdrość zrozumienie, z jakim odnoszą się sfery kierujące w Grecji i społeczeństwo do spraw zdrowotnych. Dowodem tego jest choćby niedawno powstały kompleks budynków wydziału lekarskiego Uniwersytetu, mieszczący tak zakłady teoretyczne, jak i wspaniałe kliniki (np. Klinika dziecięca posiadająca 240 łóżek). Następnie podziwiać należy ofiarność społeczną na cele szpitalnictwa, ochrony zdrowia dzieci, tworzenie kolonij nadmorskich, sanatoriów dla gruźlicy kostnej i płucnej itp. Jest to tym bardziej imponujące, jeżeli uzmysłowimy sobie, że Grecja przechodziła wiele wstrząsów politycznych i klęsk wojennych (w Azji Mniejszej) w okresie po wielkiej wojnie i musiała wiele trudu i pieniędzy poświęcić na rozwiązanie sprawy milionowej rzeszy uchodźców greckich z Azji Mniejszej.

Hornung przedstawił podstawy organizacyjne pomocy zdrowotnej młodzieży i stan na tym polu w Polsce, gdzie zdrowiem jej zajmuje się Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, Władze Szkół Akademickich i Towarzystwo Przyjaciół Młodzieży Akademickiej. Organizacja ta posiada własne Sanatorium im. J. Piłsudskiego w Zakopanem przeznaczone dla studentów wszystkich szkół akademickich i stałą kolonię nadmorską.

Najkompletniejszą organizację pomocy lekarskiej dla studentów stworzył Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie w roku 1924. Obecnie otrzymują studenci lwowscy pomoc pod postacią bezpłatnych porad ambulatoryjnych i w domu, zniżkę 50% lub 75% na lekarstwa. Do leczenia zakładowego (szpitalnego) kieruje się wszystkich potrzebujących tego. W zależności od sytuacji finansowej pokrywa „Opieka Zdrowotna" część kosztów tego leczenia.

Podstawę akcji zdrowotnej stanowią obowiązkowe badania kandydatów na wyższe uczelnie, które pozwalają na wyeliminowanie chorych niebezpiecznych dla otoczenia, oraz uchwycenie lekko chorych, których obejmuje się od początku ich studiów w opiekę. Ponadto wprowadzono obowiązkowe badania w Przychodni przeciwgruźliczej „Opieki" studentów wezwanych za pośrednictwem Władz uczelni, co do których zachodzi prawdopodobieństwo pogorszenia ich stanu. W takim wypadku otrzymują urlop rektorski na przeciąg 1 roku lub na okres krótszy. W końcu wprowadzono od roku 1934 obowiązkowe badania wszystkich kończących studia.

Największą uwagę zwraca „Opieka Zdrowotna" na walkę z chorobami społecznymi, a więc z gruźlicą i chorobami wenerycznymi. Ośrodkiem akcji przeciwgruźliczej jest przychodnia przeciwgruźlicza. Pielęgniarki przychodni odwiedzają studentów chorych w ich mieszkaniach. Przychodnia pozostaje w ścisłej łączności z oddziałem gruźliczym Kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. Przychodnia kwalifikuje studentów do leczenia sanatoryjnego w Zakopanem, oraz do własnego prewentorium w Mikuliczynie.

Dom Zdrowia w Mikuliczynie posiada 65 miejsc. Rocznie przebywa w nim do 300 studentów i studentek.

We Lwowie stworzono Dom Opieki Posanatoryjnej, w którym można pomieścić około 70 studentów, powracających ze sanatoriów, a którzy nie powinni mieszkać w ogólnych domach akademickich. Należy zaznaczyć, że przyjęcie do domów akademickich jest uzależnione od orzeczenia Przychodni przeciwgruźliczej „Opieki".

Wszystkie badania obowiązkowe, jak i dobrowolnie zgłaszających się studentów do Przychodni przeciwgruźliczej i do specjalistów chorób wewnętrznych są połączone z prześwietleniem w razie potrzeby i zdjęciem rentgenologicznym płuc. Ilość prześwietleń rentgenowskich wynosi rocznie około 8000.

W związku z powyższym referatem przedłożył Hornung uczestnikom Zjazdu wydawnictwo Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie pt.: *L'Assistance medicale aux étudiants des écoles superieures à Lwów,* w którym przedstawiono zasadnicze dane o lwowskiej „Opiece Zdrowotnej", wraz z rycinami ilustrującymi jej akcję.

Karasiński przedstawił akcję zdrowotną wśród studentów w Krakowie, opartą również o wydział lekarski Uniwersytetu. Młodzież ma możność zasięgania porad lekarskich i leczenia się w ambulatoriach klinicznych i odbywania leczenia zakładowego przede wszystkim w Klinikach. Ośrodkiem akcji zapobiegawczej przeciwgruźliczej jest poradnia Kliniki Lekarskiej U. J. Rocznie udziela się w Poradni około 1500 porad.

Podstawą akcji są i tu obowiązkowe badania lekarskie kandydatów na wyższe uczelnie, oczywiście przy pomocy promieni Roentgena. Poza tym przeprowadza się obowiązkowe badania mieszkańców Domów Akademickich.

Sprawa zbiorowych badań znajduje w Polsce szerokie rozpowszechnienie i jest uważaną za podstawową metodę w zwalczaniu gruźlicy; dlatego zamierza się ją rozszerzyć na inne warstwy społeczeństwa poza młodzieżą.

Prof. Neuber podkreśla ważność obowiązkowych badań dla akcji zdrowotnej wśród młodzieży. W Debreczynie przeprowadza się badania dla wykrycia chorób zakaźnych, w szczególności gruźlicy, przed przyjęciem na wyższą uczelnię, a na inne schorzenia w ciągu roku szkolnego. Na Węgrzech istnieją prawne podstawy leczenia dzieci szkolnych zakaźnie chorych. Stworzono w tym celu około 15 sanatoriów.

W Turcji, jak to przedstawił delegat tego państwa, istnieje od roku 1931 ustawa wprowadzająca obowiązkowe badania wszystkich uczniów szkół średnich. Większość studentów szkół wyższych uczy się na koszt państwa. Mieszkają oni w bursach i ci wszyscy są bardzo dokładnie badani.

Poruszano również znaczenie sportu dla spraw zdrowotnych młodzieży.

Ostatnim tematem zjazdowym było *omówienie przyszłej współpracy międzynarodowej na terenie akademickiej służby zdrowia.*

Burmeister (Niemcy) mówił o współpracy międzynarodowej organizacyj studenckich i stanowisku związku niemieckiego w tej sprawie. Podkreślił, że Zjazd Ateński różni się od innych zjazdów międzynarodowych tym, iż został zwołany i zorganizowany wyłącznie przez Grecję, a nie przez jakąś międzynarodową radę. Stosunek Niemiec do wszystkich organizacyj, opartych na założeniach zbliżonych do Ligi Narodów — jest negatywny. Mówca wypowiedział się przeciw biurokracji międzynarodowej, zwołującej i urządzającej zjazdy międzynarodowe, która jakoby opanowała wiele działów. Według mówcy często prowadzą Zjazdy i czynny w nich biorą udział ludzie, którzy stracili kontakt z życiem i swym krajem. Niemcy zerwali stosunki z międzynarodową organizacją *„Weltstudentenwerk" (Entr'aide internationale Universitaire).* Jeśli mają współpracować na terenie wspólnym z organizacjami innych państw, to muszą się zastrzec, by związek taki nie propagował pewnych określonych politycznych haseł. Niemcy nie chcą ze swej strony dawać młodzieży z innych państw rad politycznych, choć są dumni ze swego kierunku politycznego.

W końcu oświadczył mówca, iż Niemcy chcą współpracy na zasadzie poszanowania obcych zapatrywań.

Mosoff (Niemcy) podkreślił, iż obrady zjazdowe wykazały, że posiadamy jedynie nieliczne dokładne dane statystyczne dotyczące stanu zdrowotnego młodzieży. Ze wszystkich stron podkreśla się jednak wielką wagę, jaką mają takie opracowania statystyczne dla naukowego ujęcia stanu zdrowotnego młodzieży. W obecnej chwili należało by opracować pewne ogólne ramy i wzory dla statystyk, by móc później uzyskać jednolite cyfry pochodzące z różnych krajów i by było możliwe ich porównanie. Szczególnie ważną metodą. prowadzącą do uzyskania wartościowych statystyk zdrowotnych młodzieży, są masowe badania seryjne. Następnie należy dążyć w jak najszerszym zakresie do wymiany lekarzy, doświadczeń, zestawień statystycznych i sprawozdań. W najbliższym czasie mają być wydane drukiem wyniki ankiety przeprowadzonej przez Niemieckie Biuro wśród 30 państw. Mówca wypowiada się za organizowaniem w pewnych odstępach czasu zjazdów podobnych jak obecny. Znaczenie tych zjazdów polega nie tylko na wzajemnej i bezpośredniej wymianie zdań między fachowcami w dziedzinie opieki lekarskiej nad studentami, ale także na możności zainteresowania w ten sposób władz i społeczeństwa sprawami zdrowia młodzieży — na czym akcja mogłaby wiele zyskać.

Karasiński zaznaczył, że harmonijna międzynarodowa współpraca jest konieczna i że jej podjęcie może przyczynić się w przyszłości do zbliżenia narodów, dbałych o rozwój kultury i cywilizacji. Mówca zaproponował wyłonienie stałej Komisji, działającej w okresie czasu między poszczególnymi, periodycznie odbywającymi się zjazdami. Komisja ta miałaby za zadanie zbierać materiały, mogące ułatwić koordynację pracy we wszystkich krajach i dzielić się zdobytymi spostrzeżeniami i doświadczeniami drogą co pewien czas wydawanych biuletynów. Istnienie takiej komisji ułatwiłoby częstszy kontakt wszystkich organizacyj i czynników, zarówno lekarskich, jako też i społecznych, interesujących się sprawami ochrony zdrowia młodzieży. Trzeba oczywiście z góry liczyć się z tym, że każdy kraj ma odrębne — od jego warunków zależne — formy organizacji ochrony zdrowia młodzieży; odrębność ta w pewnej mierze i na przyszłość będzie zachowywana. Nie stanowi to jednak przeszkody dla uzasadnionego ujednostajnienia pewnych działań i czynności w duchu celowo pojętej współpracy, opierającej się na wspólnie zdobywanym doświadczeniu.

Następnie wskazanym było by umożliwienie lekarzom i organizatorom dokładnego zaznajomienia się z najlepiej urządzonymi i najwydatniej pracującymi środowiskami zagranicą. W tym celu należało by pomyśleć o wymianie lekarzy na pewien okres czasu, na wzór wymiany wykładowców i studiujących, stosowanej przez niektóre Uniwersytety. W końcu można by zająć się udostępnieniem w niektórych przypadkach specjalistycznego leczenia niektórym studentom poza granicami ich kraju.

Zjazd przyjął postulat periodycznego zwoływania podobnych kongresów co 4 lata — w łączności z igrzyskami olimpijskimi. W okresie najbliższym zajmie się Klub Uniwersytecki w Atenach, wspólnie z Niemieckim Biurem Współpracy Międzynarodowej, przygotowaniem następnego Zjazdu i będzie łącznikiem między wszystkimi innymi organizacjami państwowymi, pracującymi na polu ochrony zdrowia młodzieży. Wyrażono następnie życzenie, by organizacje, które mają dobrze zorganizowaną służbę zdrowia dla młodzieży akademickiej, wystąpiły z zaproszeniem lekarzy innych państw do zapoznania się na miejscu ze sposobami ich pracy.

Inne postulaty zjazdowe brzmiały następująco:

1) Państwo i Uniwersytety powinny poświęcić szczególną uwagę sprawom zdrowotnym młodzieży.

2) Studenci winni współpracować w akcji niesienia pomocy chorym nie tylko przez pokrywanie części kosztów, ale także i czynnie pomagać instytucjom stworzonym do tego celu. Udział ten jest konieczny, by uzyskać pozytywne wyniki.

3) Poza opieką lekarską nad chorymi studentami, należy zająć się środkami zapobiegawczymi, mającymi na celu podniesienie stanu zdrowotnego młodzieży i odporności na schorzenia.

4) Szczególną uwagę należy poświęcić zwalczaniu gruźlicy wśród studentów, która przedstawia dla nich bardzo wielkie niebezpieczeństwo.

5) Konieczną rzeczą jest urzędowy nadzór nad kulturą fizyczną młodzieży; stan zdrowia ćwiczących winien być stale kontrolowany. We wszystkich państwach europejskich istnieć winny podstawy prawne dla koniecznych zarządzeń w zakresie kultury fizycznej młodzieży.

6) Wszystkie zamierzenia mające na celu zapobieganie i utrzymanie zdrowia młodzieży, by okazały się skuteczne, nie zależą wyłącznie od dobrej administracji i przepisów ustawodawczych, lecz także i to przede wszystkim od lekarzy, którzy mają je w czyn wprowadzić. Lekarze ci powinni więc posiadać takie wykształcenie, by im pozwoliło nie tylko należycie ocenić jednostkę, ale także objąć całość młodzieży.

7) Koniecznym jest zorganizowanie ośrodków zdrowia czy higieny, które by pozwoliły zebrać ścisłą statystykę zdrowotną wśród młodzieży w każdym państwie. Jest ona nieodzowną, by można ustalić odpowiednią politykę zdrowotną. Dla ułatwienia zebrania danych statystycznych wskazane jest założenie dla każdego studenta obowiązkowej książeczki zdrowia, w której by notowano wyniki wszelkich badań.

W przerwach między obradami gościnni gospodarze Zjazdu umożliwiali uczestnikom zwiedzenie zabytków starożytności i średniowiecza pod fachowym kierownictwem. Przyjęcie zgotowane przez Klub Uniwersytecki było bardzo serdeczne. Bankiety na cześć Zjazdu wydał rektor Uniwersytetu, prezydent miasta Aten, oraz prezes Klubu Uniwersyteckiego.

W czasie Zjazdu odbyły się wycieczki do Dafni i Eleusis i do sztucznej zapory wodnej w Maratonie, do miejscowości letniskowej Kifissia, wreszcie nad morze Egejskie do Wuliakmeni, Glyphady i Megalo Pevko.

W dziale wychowania fizycznego pokazano uczestnikom Zjazdu akademię ćwiczeń cielesnych w Atenach. Na uroczystości, związanej z przebiegiem sztafety niosącej ogień olimpijski na nowoczesnym stadionie w Atenach w obecności króla i najwyższych dostojników państwowych i 50.000 widzów, członkowie Zjazdu zajęli honorowe miejsca w bezpośrednim sąsiedztwie króla.

Polscy uczestnicy Zjazdu pozostawali w bliskim kontakcie z innymi delegacjami; udało się im nawiązać znajomości i łączność z wieloma osobami, prowadzącymi akcję w różnych krajach, co niewątpliwie przyczyni się do dalszego rozwoju spraw opieki nad zdrowiem młodzieży w Polsce. Z wielu stron spotykali się delegaci polscy z wyrazami uznania dla akcji zdrowotnej, prowadzonej wśród młodzieży polskiej.

Organizacja Zjazdu zasługuje na pochwałę. Jedynie sekretariat nie był w możności przygotować dotychczas choćby krótkich streszczeń przemówień i przedstawionych zestawień cyfrowych.

Należy wspomnieć o nadzwyczaj życzliwym zainteresowaniu się p. min. Schwarzburg-Günthera, oraz personelu poselstwa polskiego do polskich uczestników Zjazdu w czasie ich pobytu w Grecji.

Życzyć by sobie należało, by sprawy poruszone na Zjeździe znalazły należyty oddźwięk w Polsce w społeczeństwie starszym i u młodzieży, a przede wszystkim u władz centralnych i w sferach uniwersyteckich.

W łączności z wynikami obrad zjazdowych wydaje się dziś rzeczą niezmiernie pilną zarządzenie przez Min. W. R. i O. P. wprowadzenia na razie przynajmniej w tych środowiskach, które wykażą chęć ich zorganizowania — obowiązkowych badań zdrowia i zdatności do studiów studentów przed ich imatrykulacją, w połowie okresu studiów i przy ich końcu, następnie wprowadzenie periodycznych badań wszystkich mieszkańców domów akademickich, kandydatów na kolonie, studentów uprawiających sporty i stypendystów, a w końcu i *każdego* studenta na wezwanie uczelnianych organizacyj opieki zdrowotnej. Przymus badania, oraz możność usunięcia od studiów osobnika niebezpiecznego dla otoczenia powinny stać się głównym filarem akcji zdrowotnej wśród młodzieży.

Zaznaczyć należy, iż rozporządzenia idące w tym kierunku zostały w Min. W. R. i O. P. już przedyskutowane i przygotowane.

Następnie konieczną jest rzeczą zachęcenie przez Min. W. R. i O. P. środowisk do intensywniejszego rozwoju opieki nad zdrowiem młodzieży i przeznaczenie na ten cel odpowiednich funduszów oraz wydanie władzom T. P. M. A. w tym kierunku odpowiednich poleceń. W ostatnim bowiem czasie największe ograniczenia finansowe dotknęły właśnie ten dział pracy.

Konieczną rzeczą jest oddanie nie tylko nadzoru nad sportem ale i *kierownictwa* w tym dziale w ręce lekarzy, by uchronić młodzież przed szkodliwościami i nie pozwolić wypaczyć idei harmonijnego rozwoju fizycznego młodych osobników, tak podatnych w tym wieku na wszelkie wpływy. Jedynie w takim wypadku będą mogli lekarze całym swoim autorytetem zachęcić udających się do nich o poradę studentów, jak również tych wszystkich, z którymi stykają się w czasie obowiązkowych badań — do uprawiania ćwiczeń fizycznych i sportów.

Pod adresem Władz Towarzystwa Przyjaciół Młodzieży Akademickiej należy wypowiedzieć postulat wysunięcia w akcji na rzecz młodzieży, w szerszym jak dotychczas zakresie, spraw zdrowotnych i położenie głównego nacisku na podniesienie stanu zdrowotnego młodzieży, przede wszystkim drogą *bezpośredniej* akcji leczniczej i zapobiegawczej. By akcja ta była skuteczną nie może być krępowana czynnikiem administracyjnym. Sprawy zdrowotne muszą być traktowane odrębnie, jako sam dla siebie najważniejszy dział pracy. Wszak prawdziwym Przyjacielem Młodzieży będzie ten, kto więcej potrzebującemu przyjdzie z pomocą — wśród dwu znajdujących się w podobnych warunkach ekonomicznych i wykazujących te same postępy w studiach, ten zasługuje na pierwszeństwo w uzyskaniu pomocy, kto ma słabsze zdrowie. Można bowiem wymagać, by jednostki fizycznie pełnowartościowe potrafiły uporać się z trudnościami i wykazały zdolność zdobywania dla siebie warunków egzystencji w czasie studiów, a w każdym razie nie powinno się tego wymagać od słabych i chorych. Wobec szczupłości środków nie wszyscy potrzebujący mogą otrzymać wystarczającą pomoc. Dlatego właśnie konieczną jest *selekcja zdrowotna;* żeby tę selekcję można przeprowadzić — konieczną jest rzeczą rozbudowa opieki zdrowotnej na uczelniach — która *jedynie* może wprowadzić *racjonalizację* w udzielaniu pomocy ze strony czynnika społecznego. W ten sposób największą korzyść odniesie ogół młodzieży i w interesie tego ogółu winno T. P. M. A. poddać rewizji swój stosunek do spraw zdrowotnych młodzieży.

Dr St. Hornung (Lwów).

BIBLIOGRAFIA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Zdrowie Publiczne. Nr 2. 1937. Gabański J., Michalski K., Pęska-Kieniewiczowa W. i Kulmatycki Wł.: O zanieczyszczeniu rzeczki Dąbroczni w okolicy Miejskiej Górki. — Skokowska-Rudolfowa M.: Zagadnienia społeczne walki z rakiem. — Kucharski St.: Szczepienia przeciwbłonicze dzieci szkolnych na terenie powiatu działdowskiego w 1935 i 1936 r. — Bujwid O.: Ośrodki zdrowia w Rio de Janeiro.

Lekarz Polski. Nr 3. 1937. Chodźko W.: Walka z gruźlicą w Polsce (dok.). — Zdunkiewicz J.: O powietrzu sal szpitalnych. — Rudzki St.: Ustawodawcza walka z gruźlicą (dok.). — Skokowska-Rudolfowa M.: Opieka nad matką i dzieckiem w świetle ustawodawstwa istniejącego i projektowanego (dok.).

Polska Stomatologia oraz Przegląd Dentystyczny. Nr 3—4. 1937. Pietrzycki I.: Mechanizm powstawania kieszonek dziąsłowych i ich stosunek do schorzenia ropotokowego. — Fenzias M.: Zarys rozwoju promienolecznictwa.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr 11. 1937. Szymanowski Z.: Etiologia grypy w świetle badań współczesnych. — Karbowski B.: Zespół szczeliny klinowej w przypadku kiły trzeciorzędowej powikłanej ropnym schorzeniem narządu słuchu. — Zylberblat L.: O stosowaniu morfiny w chorobach układu krążenia. — K. Ch.: Częstość zachorowań na raka a podłoże geologiczne.

Biologia Lekarska. Z. 1. 1937. Gedroyć M.: Przysadka mózgowa jako nadrzędny gruczoł wewnętrznego wydzielania. Płat środkowy i tylny przysadki i ich fizjologia. — Achard Ch.: Proteiny w ustroju, wartość lekarska ich własności fizykochemicznych.

Medycyna Praktyczna. Z. 4. 1937. Ślużar W. J.: Spostrzeżenia nad tegoroczną epidemią grypy. — Henke A. B.: Lekarz-katolik wobec zagadnień eugenicznych.

Farmacja. Nr 2. 1937.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 11. 1937.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr 12. 1937.

OCENY.

Le Métabolisme de l'azote. Tom II. *Physiologie des substances protéiques.* EMILE F. TERROINE. Stron VII + 384. Paris, Les Presses Universitaires de la France, 1936.

Drugi tom dzieła Dr Terroine, którego tom I omówiliśmy w Polskiej Gazecie Lekarskiej przed dwoma laty, zajmuje się składnikami białkowymi materiałów spożywczych i ich zużytkowaniem trawiennym. Pierwszy tom traktował o przemianie ogólnej i pośredniej ciał białkowych.

Drugi tom posiada te same wysokie walory, które stwierdziliśmy w tomie pierwszym: połączenie punktu widzenia fizjologicznego i chemicznego w stopniu, jaki u niewielu autorów spotykamy. Autor wyraźnie zaznacza swoje stanowisko, mówiąc o konieczności połączenia i uzgodnienia metod fizjologii eksperymentalnej i biochemii: uważa, że rozdział — mówi nawet o rozwodzie! — między fizjologami eksperymentalnymi a biochemikami, wynikający z koniecznej specjalizacji technicznej, byłby groźnym niebezpieczeństwem dla postępu nauk biologicznych. Fizjologia i biochemia nie stanowią dla niego nauk odrębnych, przyznanie biochemii zupełnej autonomii było by skierowaniem tej nauki na drogę fałszywą. Dla Terroine'a zasada Claude Bernarda obowiązuje i dzisiaj: spostrzeżenia zjawisk życiowych są pierwszym źródłem poznania, czy to spostrzeżenia faktu samorzutnego, czy też wywołanego przez sztukę eksperymentatora. Analiza anatomiczna i fizyczno-chemiczna pozwoli zjawiska zlokalizować i wytłumaczyć, ale jedynie obserwacja fizjologa-eksperymentatora stwierdza je pierwotnie.

Pierwszy rozdział książki podaje krótki przegląd źródeł pokarmu azotowego; następnie autor omawia obszerniej metody badania procesów trawiennych i zużytkowania w nich białek rozmaitego rodzaju, i zawartych w rozmaitych pokarmach. Druga część książki zajmuje się bardzo obszernie etapami trawienia i wchłaniania produktów trawienia białka, w przebiegu przewodu pokarmowego i pod działaniem poszczególnych soków trawiennych, oraz istotą przetworów wytwarzanych w trawieniu żołądkowym, przez sok trzustkowy i przez sok jelitowy. Terroine i jego szkoła wiele w tej dziedzinie mają zasług oryginalnych. Należy tu przypomnieć, że Terroine i Przyłęcki pierwsi stwierdzili w soku trzustkowym zawartość czynnika ereptycznego, którego istnienia przed tym nie przypuszczano; badania Willstaettera i jego szkoły później to potwierdziły.

Procesy trawienne i procesy wessania są w książce Terroine'a przedstawione z podziwu godną sztuką połączenia materiału fizjologii eksperymentalnej trawienia i badań chemików, którzy (szkoła Willstaettera, przede wszystkim Waldschmidt-Leitz i Grassmann) pracowali nad oczyszczonymi enzymami trawiennymi i ich działaniem na oczyszczone peptydy. Książka profesora Terroine powinna być czytana nie tylko jako źródło informacyj, ale także jako przykład pięknej syntezy działu nauki, syntezy wynikającej z opanowania bezmiaru piśmiennictwa, doskonałej znajomości przedmiotu na podstawie własnej pracy eksperymentalnej, zmysłu krytycznego i wreszcie, co najważniejsze, umiejętności jasnego a zwięzłego ujęcia istotnych wyników.

J. K. Parnas (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologia.

Element czasu w oddziaływaniu przysadki i jajników na duże dawki hormonu rujotwórczego. CH. MAZER, S. H. ISRAEL i B. J. ALPERS. Endocrin. 20, 753, 1936.

Czas trwania wstrzykiwań ciał rujotwórczych jest bardzo ważnym czynnikiem w ocenie oddziaływania przysadki i jajników. Jednorazowe wstrzyknięcie lub wstrzykiwanie przez tydzień dużych dawek ciał rujotwórczych powoduje wybitne pobudzenie i przerost jajników u zwierząt (szczury, króliki). Odpowiednie dawki stosowane przez czas dłuższy (21—30 dni) powodują zanik jajników. W tarczycy występują zmiany pod postacią spłaszczenia nabłonka i nagromadzenia się koloidu u królików, ale dopiero po dłuższym wstrzykiwaniu ciał rujotwórczych. W przysadce przeważa wzrost komórek kwasochłonnych bez zmian w komórkach zasadochłonnych.

Wł. Elmer (Lwów).

Przerost jąder z objawami hiperorchidismus. J. K. FAUCHER. Endocrin. 20, 852, 1936.

Przerost jąder rozpoczął się w 12 roku życia. W 17 roku chory był operowany z powodu *hydrocele*. Obecnie chory liczy 20 lat. Z dziecka posłusznego zmienił się w okresie pokwitania w człowieka gwałtownego, łatwo pobudliwego, często popadającego w konflikt z policją. Bardzo często miewał stosunek z kobietami. Zbudowany atletycznie, głos głęboki, uwłosienie umiarkowane. Worek mosznowy wybitnie powiększony, jądra wielkości jaj gęsich, bez śladu płynu w worku mosznowym. WR. we krwi ujemny. Ps = —13. Roentgen czaszki bez zmian. Biopsja lewego jądra nie wykazała zmian zapalnych, gruźliczych czy nowotworowych, jeno przerost zwyczajny gruczołu. Po operacji chory nie popadł od 2 lat w konflikt z władzami.

Wł. Elmer (Lwów).

Wytrzeszcz w chorobie Basedowa. L. BROSSIO. Rass. Intern. Clin. Ter. Nr 9. 1936.

Autor stara się wyjaśnić patogenezę wytrzeszczu w chorobie Basedowa. Wytrzeszcz jest wynikiem zaburzeń neurowegetatywnych. Charakterystyczną cechą wytrzeszczu w chorobie Basedowa jest brak równoczesnego rozszerzenia źrenic nie jak w wytrzeszczu wywołanym doświadczalnie przez zadrażnienie nerwu współczulnego lub górnego zwoju szyjnego, a zatem wytrzeszcz w chorobie Basedowa nie jest wynikiem zadrażnienia nerwu współczulnego szyjnego.

Nadczynność tarczycy nie jest czynnikiem ani zbytecznym ani wystarczającym do wywołania wytrzeszczu. Przemawiają za tym fakty kliniczne:

1) po usunięciu nadczynności tarczycy czy to za pomocą leków czy naświetlań, czy też chirurgicznie, często wytrzeszcz nie ustępuje mimo, że występują objawy hipotyreozy,

2) nadczynność tarczycy może przebiegać bez wytrzeszczu,

3) po zażyciu znacznej ilości wyciągów tarczycy występują objawy nadczynności gruczołu tarczykowego za wyjątkiem wytrzeszczu.

Nadto wykazują doświadczenia na zwierzętach, że aparat mięśni gładkich wywołujący wytrzeszcz jest niezależny od wszelkich objawów neuro-wegetatywnych, jak zmiana rytmu serca i ciśnienia krwi, a nawet od układu współczulnego oczodołu. Upada zatem teoria zadrażnienia układu współczulnego szyjnego, jako też i ogólnego. W doświadczeniach tyroksyna nie jest wystarczająca do wywołania wytrzeszczu, wspomaga jedynie powstawanie wytrzeszczu doświadczalnego i nie dopuszcza do rozszerzenia źrenic. Nieznacznego stopnia wytrzeszcz wywołany efedryną ulega wybitnemu wzmożeniu po wstrzyknięciu tyroksyny. Należy przyjąć — zdaniem autora — istnienie hormonu sympatyko-mimetycznego działającego synergetycznie z tyroksyną na zakończenia współczulne w oczodole. Leczniczo autor zaleca stosowanie przetworów z grupy johimbiny zwłaszcza izomer lewoskrętny Corinantinę, alkaloid z *Pseudo cincona africana* w ilości 2—10 cg dziennie przez 5—6 miesięcy.

M. Scheps (Lwów).

Zachowanie się ciśnienia onkotycznego i jego rola w patogenezie azocicy na tle chloropenii. F. ROMEO. Rass. Intern. Clin. Ter. Nr 10. 1936.

Chloropenię połączoną z azocicą autor spotykał po zabiegach operacyjnych, zakażeniach, zwężeniach odźwiernikowych i wymiotach. Autor stwierdził w tych schorzeniach prócz chloropenii obniżenie seryn, wzrost globulin i wzrost azotu mocznikowego w surowicy krwi, obniżenie ciśnienia onkotycznego, nie zawsze proporcjonalne do zmian w zachowaniu się ciał białkowych we krwi, zaburzenie w zachowaniu się współczynnika ciał białkowych. Obniżenie ciśnienia onkotycznego łącznie ze zmianami w układzie ciał białkowych spowodowane obniżeniem poziomu chloru we krwi uszkadza nabłonek kanalików nerkowych, skutkiem czego mocznik wydzielony może się przedostawać z powrotem do krwi, wywołując azocicę. Dotyczy to wyłącznie mocznika, podczas gdy poziom innych ciał we krwi, jak kreatyniny i związków fenolowych pozostaje prawidłowy, nie tak jak w uszkodzeniach kłębuszków nerkowych.

M. Scheps (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Duże dawki galaktozy w prawidłowych i patologicznych stanach. MARTINA BESCÓS. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 28. Z. 2 i 3. 1936.

U ludzi zdrowych i u ozdrowieńców podanie 100 g galaktozy doustnie wywoływało galaktozemię i galaktozurię (od 12.5—21.5 g w moczu, około więc 80% galaktozy zostało zatrzymane w ustroju i to najprawdopodobniej w wątrobie, gdzie częściowo przechodzi w cukier gronowy). Poza tym podanie takiej dawki galaktozy po uprzednim zastosowaniu 50 jednostek insuliny nie dało zmian w krzywej galaktozy we krwi, która w jednym przypadku wykazała nawet znaczny wzrost. W drugiej grupie w przypadku *gastritis* ze zmniejszoną ilością kwasu solnego, stwierdzono zmniejszoną galaktozemię i -urię, to samo w dwóch przypadkach niedokrwistości wtórnej, natomiast w chorobie Basedowa znacznie zwiększona galaktozemię i -urię. W żółtaczce kataralnej wykazano stosunki normalne (jak u zdrowych ludzi). W trzeciej grupie przypadków, obejmujących cukrzycę stwierdzono stosunkowo niedużą galaktozemię i -urię wobec znacznego narastania glukozy we krwi i moczu. Po insulinie zauważono narastanie galaktozy we krwi i w moczu, a zmniejszenie glukozy we krwi i glukozy w moczu. (Galaktozę w moczu bez glukozy oznaczano metodą redukcyjną Citrona w polarymetrze, we krwi metodą Samogyi'ego. Glukozę metodą Hagedorn-Jensena).

St. Malczyński (Lwów).

O stanach podgorączkowych. E. LAUDA. Wien. Arch. f. inn. Med. T. 20. Z. 2 i 3. 1937.

Stwierdzenie źródła stanów podgorączkowych napotyka nieraz — wobec różnorodności przyczyn — na wielkie trudności. Stany te mogą być wynikiem wpływów: 1) zakaźno-toksycznych (utajona gruźlica, zakażenia idące zwłaszcza z jamy ustnej), zapalenia ropne oskrzeli, lekkie stany zapalne jajników, rozpad nowotworów i to zwłaszcza nadnerczaka, 2) schorzeń

układu nerwowo-ośrodkowego przez zaburzenie w regulacji ciepła, 3) wpływów gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu (znane podwyżki ciepłoty ciała w czasie pokwitania, miesiączki, wpływy tarczycy itp.).

Przedłużające się stany podgorączkowe, niejednokrotnie stwierdzane, zwłaszcza po pewnych chorobach zakaźnych, tłumaczy autor — naturalnie po wykluczeniu jakichś zmian organicznych — zaburzeniem czynności regulacyjnej ciepła przez ośrodek w mózgu, a utrzymującym się jeszcze przez pewien czas, zwłaszcza u osób z czułym systemem wegetatywnym. Że ten nie pozostaje bez wpływu na ciepłotę ciała, mamy dowody w ciepłocie odbiegającej od normy u osób z łatwo pobudliwym systemem nerwowym (wybitna gra naczyń, dermografizm, skłonność do potów, tachykardia itd.). Ciepłota ich ciała, aczkolwiek podniesiona ponad normę wykazuje monotonię, w odróżnieniu od stanów podgorączkowych na tle procesów zakaźno-toksycznych, których nasilenie, czy przygasanie odbija się zaraz w wahaniach ciepłoty. Zwrócenie uwagi na te — nie tak zresztą rzadkie — stany podwyższonej ciepłoty ciała u ludzi zupełnie zdrowych nabiera znaczenia już chociażby z uwagi na zbyteczne zgoła wysiłki leczenia ich w tym, czy innym kierunku.

St. Malczyński (Lwów).

Rzekomo oponowa postać zapalenia kręgosłupa wywołana zakażeniem gronkowcem. J. TROISIER, M. BARIÉTY, H. BROCARD. Ann. de méd. T. 40. Nr 4. 1936.

Istnieje postać zapalenia kręgosłupa wywołana gronkowcem złocistym, w której podczas pierwszych 10—15 dni przodują objawy zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, a następnie wyłącznie rdzeniowych. W takich wypadkach należy zawsze myśleć o zapaleniu szpiku kostnego w zakresie kręgosłupa i przed ustaleniem rozpoznania stwierdzić w wywiadach, czy istniały uprzednio ropienia. W ten sposób można uniknąć ciężkiego w następstwach punktowania okolicy schorzałej. Należy natomiast wykonać nakłucie górne między C 7 a D 1, wtedy brak odczynu komórkowego i chemicznego wykluczy istnienie zapalenia opon. Wykonane kilkakrotnie nakłucie lędźwiowe w przypadkach własnych wykazało istnienie płynu ropnego, obfitującego w gronkowce złociste.

Rokowanie i leczenie w tej chorobie jest podobne, jak we wszystkich przypadkach zapalenia szpiku kostnego.

Z. Webersfeld (Lwów).

Wstrzykiwania alkoholu w okolicę nerwu przy leczeniu półpaśćca. G. CERULLI. Rass. Intern. Clin. Ter. Nr 15. 1936.

W 5 przypadkach półpaśćca z objawami długotrwałego bólu nie ustępującego mimo najrozmaitszych zabiegów, autor wstrzykiwał w okolicę schorzałego nerwu międzyżebrowego 2 cm^3 alkoholu 95%. Autor podaje dokładną technikę wstrzykiwania poprzedzonego zastrzykiem 2 cm^3 5% roztworu nowokainy. Wstrzykiwania są zupełnie nieszkodliwe, usuwają ból w ciągu kilku minut. Wyniki lecznicze bardzo dobre.

M. Scheps (Lwów).

Zagadnienie powikłań pooperacyjnych żołądkowo-jelitowych. M. LEBEL. Le Concours Médical. Nr 4. 1936.

Obok tych niebezpiecznych powikłań wyglądają zupełnie niewinnie pooperacyjne wzdęcia połączone z kolką. Chirurg traktuje je jako oznakę pomyślną pod względem rokowniczym, pielęgniarka obojętnie, jako coś nieunikn̈ionego. Chory jednak ujmuje je jako rzeczywiste powikłanie; operowani jednogłośnie twierdzą, że „dzień wzdęcia“ jest jednym z najboleśniejszych, czasem jest nawet bardziej przykry niż dzień operacji (znamy chorego wielokrotnie operowanego, który wyraził swoją zgodę na czwarty zabieg dopiero wtedy, gdy mu przyrzeczono, iż uniknie „okropnego dnia wzdęcia“)“.

Należy zauważyć, iż im później następuje ponowna drożność jelit dla gazów w następstwie powrotu normalnych ruchów robaczkowych, tym większe bóle występują przy tym. Do zmniejszenia lub uniknięcia tych bólów mamy dwie klasyczne metody: 1) możliwie wcześnie wywołać ruchy robaczkowe, 2) zwalczać bóle przy samoistnym wystąpieniu ruchów robaczkowych.

Mamy liczne metody wywołania perystaltyki jelit grubych i cienkich, np. wstrzykiwanie wyciągów tylnego płata przysadki mózgowej (0,20 g), wlewanie hipertonicznego rozczynu soli kuchennej (60 g na 100 g wody) itd. Nie stosujemy jednak tych środków, gdyż bóle po ich zastosowaniu są tak samo silne, jak przy samoistnym powrocie perystaltyki.

Zwalczanie bólów występujących przy wznowieniu ruchów robaczkowych jest trudnym zadaniem. Początkowo stosowaliśmy w tym celu opiaty, których przeciwbólowe działanie nie ma sobie równego, jednak zmuszeni byliśmy zaniechać tego postępowania, gdyż opiaty hamują perystaltykę. Potem podawaliśmy operowanym pochodne kwasu barbiturowego (3 razy dziennie 0,05, lub co dwie godziny 0,01), jednak działanie tych środków jest słabe w porównaniu do ich względnie dużej toksyczności.

Obecnie od dłuższego już czasu stosujemy połączenie dwóch syntetycznych alkaloidów — Perpariny i Novatropiny — które podajemy w dawkach 0,04 i 0,0015. Bezpośrednio po zabiegu wstrzykujemy podskórnie, a potem podajemy je w 10, 24, 30 i 36 godzin po zabiegu *per rectum*. Należy zaznaczyć, iż te związki są bardzo mało toksyczne, dawki ich mogą być zwiększone dwukrotnie, a nawet trzykrotnie bez obawy wystąpienia przykrych objawów ubocznych.

Postępując w sposób powyższy osiągamy zupełnie bezbolesny powrót drożności jelit, perystaltyka natomiast nie zostaje przyśpieszona, chociaż spostrzegaliśmy i to w niektórych przypadkach.

Jakąkolwiek metodę wybieramy należy zawsze w każdym przypadku wprowadzić do odbytnicy rurę gumową długości około 30 cm przez co unikniemy przy tonicznym skurczu zwieracza daremnej pracy mięśniówki jelit. *E. H.* (Warszawa).

Chirurgia, położnictwo i ginekologia, stomatologia.

O znaczeniu urazu przy obumarciu płodu w jamie macicy. S. ZAGRECKIJ. Sow. Wracz. Żurn. Nr 9. 1936.

Opis przypadku obumarcia płodu na skutek urazu brzucha matki przy braku śladów urazu. Uraz i poród nastąpiły w ciągu jednej doby i dlatego sekcja zwłok noworodka dała możność ustalenia dokładnego rozpoznania. Zwykle przypadki obumarcia płodu skutkiem urazu zewnętrznego nie zawsze są rozpoznawane, ponieważ nie wykonuje się sekcji zwłok noworodka, a poza tym pomiędzy urazem i obumarciem płodu a porodem może być tak znaczny odstęp czasu, że i sekcja nie wyjaśni przyczyny śmierci płodu skutkiem znacznej maceracji.

M. Segał

Teoria i praktyka jednoczasowego opróżnienia macicy metodą Delmas. N. J. SOSIURA. Wracz. Dieło. Nr 10. 1936.

Metoda Delmas ogłoszona w roku 1929 ma za zadanie możliwie szybko i konserwatywnie ukończyć poród lub przerwać ciążę w drugiej połowie. Metoda polega na: 1) znieczuleniu lędźwiowym, 2) rozszerzeniu szyjki macicznej palcami i ręcznie, 3) wydobyciu płodu (częściej obrót, rzadziej kleszcze). Delmas stwierdził, że znieczulenie lędźwiowe poza zniesieniem bólu znacznie obniża napięcie okrężnej warstwy mięśni szyi macicy, dzięki przerwaniu centralnego łuku odruchowego, nie upośledzając przy tym pracy macicy, gdyż obwodowe zwoje autonomiczne pozostają czynne.

Po znieczuleniu lędźwiowym (3 cm^3 4% nowokainy z dodaniem 3 kropel adrenaliny) rozpoczyna się rozszerzenie palcami jednej ręki, a po osiągnięciu rozwarcia na dłoń — wprowadza się po 2 palce każdej ręki i rozciąga się w kierunkach przeciwnych. Autor podaje czas trwania rozciągania od $2^1/_2$—10 min. Czas trwania całkowitego opróżnienia macicy od 10—30 min.

Z ogólnej liczby 7 chorych, 4 były pierwiastkami. Rozwiązano: 1 chorą w czasie porodu a 6 w ciąży (VII, VIII i IX mies.). Wszystkie płody wydobyto żywe. W 2 przypadkach nastąpiło małe pęknięcie szyi i w 4 pęknięcie krocza.

Do rozwiązania metodą Delmas nadają się te wszystkie przypadki, w których konieczne jest szybkie rozwiązanie w interesie matki i płodu, z wyjątkiem przypadków łożyska przodującego. *M. Segał.*

W sprawie wszczepienia moczowodów do kiszki według Coffey'a w przypadku wynicowania pęcherza. J. HELLSTRÖM. Zeitschr. f. urol. Chir. T. 41. Z. 7—8. 1936.

Autor opisuje przypadek wynicowania pęcherza, połączony ze znacznym rozszerzeniem moczowodu i miedniczki lewej z objawami zakażenia (mocz mętny, zasadowy, liczne ciałka białe).

Naprzód wszczepiono prawy moczowód do kiszki grubej, potem lewy, na koniec usunięto pęcherz. Przebieg pooperacyjny za każdym razem dobry, poza pewnymi powikłaniami nie związanymi bezpośrednio z samym zabiegiem, które wystąpiły w dłuższy czas po zagojeniu się rany i zostały zupełnie wyleczone.

Powyższy przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że wskazuje z jednej strony na niekonieczność zakażenia górnych dróg moczowych nawet w ciągu długich lat istnienia wynicowania pęcherza (tu 23 lata przy niezmienionym prawym moczowodzie), z drugiej zaś na jej możliwość (zmiany lewego

moczowodu, spowodowane najprawdopodobniej zwężeniem ujścia moczowodowego). W dalszym ciągu autor podkreśla to, że nawet bardzo rozszerzony moczowód (naturalnie bez wybitniejszych objawów zakażenia i zmian w nerce) może być wszczepiony do kiszki, przy czym taki moczowód i miedniczka mogą powrócić nawet do stanu prawidłowego, co zresztą nastąpiło w opisanym przypadku.

St. Malczyński (Lwów).

Przypadek wynicowania pęcherza moczowego, powikłany jednostronnym wodonerczem i rozszerzonym moczowodem (hydrourether) operowany metodą Coffey'a-Mayo. E. BERGENFELD. Zeitschr. f. urol. Chir. T. 41. Z. 7—8. 1936.

Przypadek dotyczył 3-letniej dziewczynki, u której stwierdzono wynicowanie pęcherza, *spina biffida occulta*, rozstęp między *ossa pubis*, ponadto wodonercze prawe ze zmianami w zakresie prawego moczowodu, przy zdrowej nerce lewej. Wykonano naprzód wszczepienie moczowodu lewego, w trzy miesiące później moczowodu prawego do *colon sigmoideum*, a po wygojeniu się rany usunięto pęcherz. Stan dziecka kontrolowany w przeciągu dalszych kilku miesięcy i po roku był zupełnie zadowalniający.

St. Malczyński (Lwów).

W sprawie wczesnego leczenia fizykalnego i ortopedycznego w rzeżączkowym zapaleniu stawów. M. PALTRINIERI. Rass. Intern. Clin. Ter. Nr 9. 1936.

Autor kreśli obraz kliniczny rzeżączkowego zapalenia stawów występującego w 2.3—2.7% rzeżączki. Spośród 193 chorych 42% było mężczyzn zaś 66% kobiet. Najczęściej dotknięty jest staw kolanowy. Leczenie zaczyna się od unieruchomienia zajętego stawu przy pomocy szyny gipsowej lub wyciągu. Unieruchomienie zmniejsza ból i wzmaga siły obronne organizmu. Następnie stosowano ciepło. Najlepsze wyniki osiągano przy pomocy termoforu Biera. Ciepłota wewnątrz aparatu dochodzi do 150°, którą chorzy dobrze znoszą. Leczenie ciepłem stosuje się codziennie w ciągu 2—3 tygodni, począwszy od ciepłoty od 90—100°, dochodząc do 140—150°. Nagrzewanie trwa od 30—40 minut. Przyczyną unieruchomienia stawu i następowego uszkodzenia anatomicznego stawu jest odruchowy skurcz mięśni spowodowany bólem. Ciepło zmniejsza bolesność, a nadto usuwa ciała toksyczne, przyśpiesza wessanie wysięków i wzmaga odporność organizmu. Najważniejszym celem leczenia jest niedopuszczenie do zesztywnienia stawów, które tak często spotykamy w rzeżączkowym zapaleniu. Już w 2—3 dni od początku schorzenia stawu należy zacząć stopniowo uruchamiać staw w pierwszych tygodniach ręcznie a później przy pomocy aparatów. Nadto należy zastosować przekrwienie bierne, masaż i faradyzację lub galwanizację mięśni.

M. Scheps (Lwów).

Higiena i medycyna społeczna.

Mechanizmy maszyny ludzkiej. W. MISSIURO. Kalendarz Bezpieczeństwa i Higieny Pracy. 1937.

W kalendarzu, przeznaczonym dla szerokich warstw naszego społeczeństwa omawia doc. dr Missiuro w sposób popularno-naukowy znaczenie kośćca i mięśni, znaczenie postawy i rodzaju ruchów przy pracy, „paliwo motoru ludzkiego", oddawanie nadwyżki ciepła przez organizm, rolę krwi i serca, oddychanie, system nerwowy oraz narząd wzrokowy. Praca ta ilustrowana pięknymi rysunkami L. Piątkowskiego i C. Wielhorskiego i in. musi wzbudzić zainteresowanie każdego czytelnika, a cały szereg zawartych w niej rad i praktycznych wskazówek dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy może niejednego ustrzec przed czyhającymi nań podczas pracy wypadkami.

Z. Bieliński (Lwów).

Zdrowie w domu. W. IVANKA-PRAŻMOWSKA. Kalendarz Bezpieczeństwa i Higieny Pracy. 1937.

W popularnie ujętym, bogato ilustrowanym artykule podaje autorka (w sposób cokolwiek zbyt chaotyczny) szereg rad higienicznych i gospodarskich. Mimo, iż nie ze wszystkimi zdaniami autorki można się zgodzić (np. z twierdzeniem, że ziemniaki gotowane w wodzie mają niewiele więcej wartości odżywczych niż trociny), należy jej pracę uznać za interesującą i pożyteczną.

Z. Bieliński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 27 maja 1936 roku.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr Aleksander Oszacki.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia naukowego.

Kol. dr Laszczka (z Kliniki Lekarskiej U. J.) *przedstawia przypadek naczyniowej postaci skazy krwotocznej u 18-letniej dziewczyny, występującej okresowo i wykazującej wybitną łączność z cyklem miesiączkowym.*

Po wykluczeniu innych skaz, a w szczególności skaz na tle małopłytkowości, mówca ujmuje dany przypadek jako skazę krwotoczną typu naczyniowego, uwarunkowaną kapilarotoksycznymi wpływami hormonalnymi, jajnikowymi.

Doc. dr Szymanowicz zapytuje, czy w przypadku tym było przeprowadzone badanie ginekologiczne, na co kol. Laszczka odpowiada, że badania tego nie wykonano.

Kol. dr Nykliński (z Kliniki Lekarskiej U. J.) *przedstawia przypadek wrodzonej wady serca u 21-letniego mężczyzny*, obserwowany w ciągu 2 lat trzykrotnie w Klinice Lekarskiej U. J. Z danych wywiadu podkreśla dolegliwości dotyczące serca od najwcześniejszego dzieciństwa, wzmagające się z wiekiem. Z przedmiotowych danych stwierdza się wadę rozwojową w postaci braku chrząstek żebrowych po stronie prawej, pałeczkowate palce, sinicę bardzo znacznego stopnia, poliglobulię, powiększenie serca bez wyraźnej konfiguracji, szmer skurczowy nad całym sercem, najlepiej słyszalny nad górną częścią mostka, tętnicą główną i płucną, przenoszący się do naczyń szyjnych. W elektrokardiogramie dekstrogram, obok zmian, wskazujących na uszkodzenie tętnicy wieńcowej prawej, rentgenologicznie zaś powiększenie komory prawej z jej przerostem. Po wykluczeniu innych wad wrodzonych, jak *ductus arteriosus Botalli persistens, stenosis isthmi aortae* i *transpositio vasorum*, mówca dochodzi do rozpoznania wrodzonej, powikłanej wady serca, a mianowicie: *stenosis arteriae pulmonalis congenita cum defectu septi ventriculorum cordis.*

Prof. dr M. Zieliński *wygłosił odczyt pt.: „Nerwice a układ wegetatywny"* (drukowane w P. G. L. Nr 48. 1936).

W dyskusji: Kol. dr Kirschner. Mówca sądzi, że sposób powstawania nerwic, nakreślony przez prof. Zielińskiego, mógłby dotyczyć tylko pewnych postaci nerwicowych o zabarwieniu hipochondrycznym, a nie wszystkich nerwic, jakby to z tytułu odczytu wynikało. Mechanizm przetwarzania w sposób nerwicowy sensacji cielesnych nie można przecież wytłumaczyć wszystkich zawiłych zespołów psychonerwicowych z ich objawami przymusowymi, „czynnościowymi" zjawiskami cielesnymi, symboliką, spaczonymi nastawieniami erotycznymi i społecznymi itd. U osób cierpiących na nerwice można niewątpliwie bardzo często (ale, czy zawsze?) stwierdzić szereg patologicznych cech ze strony układu wegetatywnego; jednakże badania psychologiczne dają nam na razie znacznie lepszy wgląd w sposób powstawania nerwic, niż badania tylko somatyczne, zarówno czynnościowe, jak i tym mniej anatomiczne, których jednak wcale nie trzeba z tego powodu zaniedbywać. Nie można natomiast przy obecnym stanie wiedzy objawów nerwicowych przypisywać wyłącznie zaburzeniom układu wegetatywnego i jego ośrodków. Większość nerwic (największy wyjątek stanowi tu może pewna grupa nerwic narządowych) wyraża się głównie w dziedzinie zjawisk psychicznych, a zrozumienie tych ostatnich jako zmiany cielesne napotyka na te wszystkie nieprzezwyciężone trudności, z którymi walczy myśl ludzka od czasu, gdy tylko poczęła się zajmować zagadnieniem stosunku ciała do duszy, materii do ducha. Należy już uważać za wielką zdobycz, jeśli potrafimy stwierdzić jakieś korelacje między pewnymi stanami lub przebiegami cielesnymi a psychicznymi. Na wyodrębnieniu tego rodzaju współzależności polega wartość modnej obecnie nauki o psychofizycznych typach konstytucyjnych.

Na początku swego referatu zarzucił prof. Zieliński Freudowi nieuwzględnianie konstytucji. To nie jest jednak ścisłe. Prawda, że Freud nie bada somatycznych zmian w nerwicach i uwzględnia pod tym względem tylko histeryczne zjawiska; wynika to jednak z metody badania, którą Freud stosuje i z natury zagadnienia, które sobie postawił, a które polega na wyjaśnieniu psychologicznej genezy i struktury różnych zjawisk psychicznych. Jednak etiologiczna „psychogeneza" nie jest równoznaczną u Freuda zwłaszcza według późniejszych jego prac z powstaniem objawu patologicznego na skutek jakiegoś prze-

życia. Freud sam przecież przyznał, że pewne urazy psychiczne z czasów dzieciństwa, które poprzednio uważał za patogenetyczne, są bardzo często tylko wytworem fantazji badanych osób. Właściwą podstawą powstania nerwicy jest przede wszystkim patologiczny rozwój popędów, zwłaszcza popędu płciowego (u ludzi konstytucyjnie usposobionych), do czego dopiero dołączają się, jako momenty wywołujące i patoplastyczne pewne charakterystyczne i typowe dla danych konstytucyj przeżycia. Przypomnę w związku z tym trzy główne typy konstytucyj psychicznych, które Freud niedawno dopiero opisał: erotyczny, narcystyczny i przymusowy (streszczenie własne).

Prof. Oszacki. Cały szereg tak zwanych nerwic ma za punkt wyjścia niewątpliwie zmiany somatyczne. Pewne zaburzenia mają w swym podłożu czynniki somatyczne lub psychiczne, często też istotne znaczenie mają sprawy toksyczne.

Dr Blassberg. Psychika niewątpliwie wpływa na poszczególne zespoły zjawisk, jednak od nerwic medycyna coraz bardziej odstępuje.

Prof. Zieliński *w odpowiedzi* zaznacza, że nerwice są zjawiskiem złożonym i nie chodziło tutaj o wydobycie wszystkich momentów, które są w nerwicach aktualne, lecz przede wszystkim o elementy pochodzące z układu wegetatywnego.

Sekretarz: *Dr S. Dziuba.*

Protokół posiedzenia nadzwyczajnego z dnia 29 maja 1936 roku.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr Aleksander Oszacki.

Prezes wita prof. dr Oskara i dr Cecylię Vogtów w imieniu Towarzystwa Lekarskiego. Dziekan Wydziału Lekarskiego U. J. Prof. Dr F. Walter wita prof. dr Vogta, jako profesora honorowego Uniwersytetu Stefana Batorego.

W imieniu Towarzystwa Neurologicznego prof. dr Pieńkowski wygłosił następujące przemówienie.

Wielce Szanowni Państwo! Przypadł mi ten miły zaszczyt w udziale powitać naszych znakomitych gości w imieniu neurologów krakowskich.

Imiona Cecylii i Oskara Vogtów są tak organicznie związane z dzisiejszą neurologią, że stały się synonimami terminów naukowych. Gdy mówimy o zespole striarnym, o patoklizie, patoarchitektonice i topistyce, o *status marmoratus dismyelinisatus* czy *fibrosus* w *striatum*, o układzie pozapiramidowym itd., wszędzie nam brzmi jednocześnie i zgodnie nazwisko Cecylii i Oskara Vogtów. Nie jest moim zamiarem wyliczanie tych wielkich wartości, jakie Szanowni Państwo wnieśli do nauki: pragnąłbym tylko zaznaczyć, że każdą z ich prac braliśmy zawsze do rąk z wewnętrznym uczuciem oczekiwania nowych, torujących drogę przyszłości poglądów, opartych na materiale opracowanym z mistrzowską intuicją i klasycznym objektywizmem. Prace te nie tylko nigdy nie zawiodły tego niecierpliwego oczekiwania, ale otwierały nam niezrównane horyzonty, jakby za dotknięciem różdżki czarodziejskiej i stawały się opoką, na której dziś wzniósł się piękny gmach naszych wiadomości z dziedziny anatomii normalnej i patologicznej, z kliniki schorzeń pozapiramidowych, z ogólnej patologii układu nerwowego, z genetyki, nozologii, klasyfikacji tak w dziedzinie neurologii, jak i psychiatrii. Te kamienie węgielne, które wysiłkiem Waszej, Szanowni Państwo, pracy twórczej tworzą dziś fundamenty nauki, są świadectwem i symbolem tych wielkich sił dynamicznych z Was płynących. I jeżeli dzisiaj witam Was, Szanowni Państwo, to nie tylko jako miłych gości z kraju sąsiedzkiego o wielkiej kulturze naukowej, nie tylko jako uczonych, z których Ty, Panie Profesorze, odznaczony jesteś oficjalnym uznaniem, jako doktór honorowy Uniw. Stefana Batorego w Wilnie, ale przede wszystkim jako tych, którzy w mrokach krzeszą światło wiedzy, jako tych, którzy reprezentują majestat nauki, przed którym chylimy zawsze z szacunkiem głowy.

Być może, że tajemnica Waszych wielkich sukcesów w pracy naukowej kryje się nie tylko w cytoarchitektonice korowej i pozapiramidowej, jaką Was los obdarzył, ale w tym zespole inicjałów Cecylia i Oskar, poprzedzających nazwisko Szanownych Państwa. My Polacy podobno słyniemy z uległości w stosunku do białogłowych, „siedzimy pod pantoflem", jak to się zwykło u nas mówić. Proszę mi przeto darować, jako Polakowi, że pozwalam sobie wyrazić tego rodzaju opinię, ale pragnąłbym w niej oddać część nie tylko temu, co po męsku jest logiczne zbornością korową, ale i tym pierwiastkom, które po żeńsku są precyzyjne i zborne striarnie.

Pragnę wyrazić tu w imieniu neurologów krakowskich nie tylko podziw dla ogromu pracy Szanownych Państwa, ale podziękowanie, że zechcieliście, Szanowni Państwo, obdarzyć neurologię trwałymi wynikami Waszego trudu i wysiłku duchowego. Życząc Wam przeto jak najwięcej sił w dalszej płodnej pracy na polu nauki, jestem głęboko przekonany, że imiona Wasze złotymi głoskami wpisuje do księgi dziejowej duch czasu, i dziękuję, że zechcieliście przybyć do nas, do Krakowa, który w swej 600-letniej tradycji naukowej otaczał zawsze opieką duchy dążące ku światłu prawdy!

Następnie prof dr Oskar Vogt wygłosił odczyt pt.: *„Die Krankheit als Variation"*.

Sekretarz: *Dr S. Dziuba.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 10 czerwca 1936 roku.

Przewodniczący: Prezes Prof. Dr Aleksander Oszacki.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia naukowego.

Kol. B. Osiek *przedstawia 2-letnie dziecko z chorobą Feera.*

Rozpoznanie w danym wypadku nie było trudne. U chorego bowiem stwierdza się szczególny zespół objawów: zaburzenia psychiczne, charakterystyczny wygląd twarzy, poty, świąd, drapanie, zaburzenia troficzne i wykwity skóry, sinicę wilgotnych i zimnych stóp oraz rąk, płatowe łuszczenie dłoni, zmniejszoną zdolność wykonywania ruchów, hipotonię mięśniową, drżenie kończyn górnych, przyspieszenie tętna, podwyższenie ciśnienia krwi, zaburzenia troficzne przewodu pokarmowego oraz wypadnięcie kiszki grubej. W przypadkach nie tak klasycznych i poronnych rozpoznanie sprawia nieraz duże trudności. Przebieg schorzenia jest długotrwały. Rokowanie w ogóle dobre. Badania anatomo-patologiczne są skąpe, brak więc jeszcze ostatecznych wniosków. Feer wypowiada się za etiologią zakaźną i przyjmuje za przyczynę tego schorzenia zapalenie mózgu i to ośrodków wegetatywnych. Leczenie jest objawowe (atropina doustnie, kojenie świądu, leczenie skóry). Najważniejszą rolę jednak odgrywa pieczołowite pielęgnowanie (streszczenie własne).

Kol. Drohocka *przedstawia przypadek krwawienia podpajęczynówkowego.*

Jest to jednostka anatomo-patologiczna, obraz jej kliniczny obejmuje: nagłe bezurazowe wystąpienie objawów gwałtownego wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego, przy obecności krwawego płynu nie dającego zmian zapalnych oraz następowe zmiany neurologiczne. Etiologia: czynnik o charakterze najczęściej zakaźnym u osobnika przeważnie młodego z mniej wartościowym aparatem naczyniowym przestrzeni podpajęczynówkowej (konstytucja drgawkowa, wazoneurotyczna). Leczenie polega na częstym nakłuwaniu, przy równoczesnym podawaniu środków przeciwzapalnych i wzmagających krzepliwość krwi. Pokazywany przypadek miał ostry początek i łagodne zejście.

Doc. Dr Brzezicki *przedstawia przypadek meningitis purulenta.*

W dyskusji: Dr Blassberg zapytuje, czy nie było by dobrze skierować chorego do leczenia oto-laryngologicznego, ponieważ sprawa chorobowa, jak wynika z pokazu przypadku, wyszła na opony z zatok czołowych.

Doc. Dr Brzezicki *odpowiada*, że chora pozostaje w stałej opiece dr Nodzyńskiego, który ma wkrótce wykonać zabieg na *sinus frontalis.*

Prof. dr Zieliński obserwował niedawno przypadek *meningitis purulenta*, gdzie przy minimalnych objawach oponowych i wysokiej gorączce nakłucie lędźwiowe wykazało obecność łańcuszkowców (drobnowidowo i na pożywkach) i pleocytozę. Chory ten ma się dość dobrze, należy jednak być ostrożnym z ostatecznym rokowaniem.

Kol. Gradziński również obserwował przypadek ropnego zapalenia opon pochodzenia usznego, w którym wytworzył się ropień rdzenia. Chora wprawdzie żyje, ma jednak porażenie wiotkie.

Kol. Obtułowicz *pokazuje przypadek lupus miliaris disseminatus u mężczyzny 32-letniego.*

Sprawa chorobowa zasługuje na szczególniejsze zainteresowanie się nią ze względu na rzadkość występowania i ze względu na swe cechy kliniczne i histologiczne. Jest to sprawa pochodzenia gruźliczego, wywołana rozsianiem się prątków gruźliczych drogą krwi, umiejscawia się prawie wyłącznie na skórze twarzy, charakteryzuje ją jednopostaciowość osutki z guzków posiadających cechy kliniczne guzków tocznia pospolitego, bez dążności do zlewania się. Histologicznie zaś stanowi pewnego rodzaju rzadkość, przedstawiając klasyczny typ gruzełka z serowaceniem w środku, komórkami olbrzymimi, nabłonkowatymi i limfocytami. Badanie wewnętrzne często wykazuje obecność sprawy gruźliczej. Prątki w guzkach znaleźć można chyba wyjątkowo, szczepienie na świnkę morską zwykle wypada ujemnie, Pirquet często ujemny. Sprawa dobrotliwa, często ustępuje

nawet bez leczenia. W systemie schorzeń gruźliczych skóry mieści się między *lupus vulgaris* a tuberkulidami (streszczenie własne).

Kol. J. Kowalczykowa *przedstawia:*

1) *tętniakowate rozszerzenie zatok Valsalvy (aneurysma sinus Valsalvae)* wytworzone wskutek zmian powstałych na tle przebytego zapalenia wsierdzia. W przypadku tym istniała niedomykalność zastawek półksiężycowatych oraz tętniaki zatok prawej i tylnej. Tętniak zatoki prawej szerzył się w kierunku przegrody międzykomorowej i dochodził do 1/3 jej wysokości, co mogło być przyczyną istniejących w tym przypadku zmian w układzie przedsionkowo-komorowym. Przyczyną zejścia śmiertelnego w tym przypadku była róża twarzy.

2) *przypadek raka gruczolakowatego esicy u 17-letniego chłopca.*

3) *zespół Picka (pseudocirrhosis hepatis pericarditica).* Zupełne zarośnięcie i zwapnienie worka osierdziowego doprowadziło w tym przypadku przez ucisk na żyłę czczą dolną do stwardnienia zastoinowego śledziony i wątroby. Równocześnie powstało wybitne zgrubienie torebek wątroby i śledziony. Zgrubienia te w niektórych miejscach dochodziły do 5 mm grubości.

4) *wadę wrodzoną u dziecka,* a mianowicie brak części błoniastej przegrody międzykomorowej z równoczesnym przemieszczeniem dużych pni naczyniowych tak, że tętnica główna odchodziła z komory prawej a tętnica płucna z lewej. Stosunkowo długi okres życia dziecka (21 miesięcy), wyjaśnia istnienie dużego otworu międzykomorowego. Mechanizm powstania tej wady tłumaczy się zaburzeniami w wytwarzaniu się przegrody tętniczej dzielącej w życiu płodowym stożek tętniczy na tętnicę główną i płucną oraz niewykonaniem odpowiedniego spiralnego skrętu przez tę przegrodę.

Kol. Gradziński *omawia przypadki pęknięcia śledziony w przebiegu leczenia zimnicą* (rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Blassberg.

Sekretarz: *Dr S. Dziuba.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 17 czerwca 1936 roku.

Przewodniczący: Prof. Dr M. Gieszczykiewicz.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia naukowego.

Kol. St. Schwarz (z Oddz. Chor. Kobiecych i Położniczego Szpitala św. Łazarza) *przedstawia preparat pooperacyjny z przypadku dwukrotnej ciąży pozamacicznej prawostronnej.*

Chora l. 32, przebyła przed 6 miesiącami zabieg operacyjny z powodu prawostronnej ciąży jajowodowej, w czasie którego usunięto prawy jajowód, pozostawiając zdrowe przydatki lewe i jajnik prawy. Obecnie zgłosiła się do lekarza z objawami wczesnej ciąży. W czasie badania ginekologicznego oburęcznego wystąpiła u chorej zapaść, która mimo podania środków nasercowych nie ustępowała, lecz przeciwnie stan chorej pogarszał się gwałtownie wśród objawów ostrej niedokrewności. Po przewiezieniu chorej na oddział stwierdzono stan bardzo ciężki, ostrą niedokrewność znacznego stopnia, zapaść z prawie niewyczuwalnym tętnem, dużą ilość wolnego płynu w jamie brzusznej. Badaniem ginekologicznym stwierdzono silną bolesność zatoki Douglasa, większą po stronie prawej. Przypuszczając pękniętą ciążę pozamaciczną lewostronną, ze względu na przebyty zabieg po stronie prawej, otwarto brzuch. W jamie brzusznej około 1800 cm³ krwi częściowo płynnej a częściowo skrzepłej. Prawy róg macicy rozdęty i rozsadzony przez sterczące z niego częściowo jaje płodowe. Jajnik prawy bez zmian, przydatki lewe a w szczególności jajowód bez zmian, w jajniku lewym ciałko żółte ciążowe. Wycięto klinowo róg macicy prawy, ranę zaopatrzono szwami katgutowymi. Bezpośrednio po zabiegu przetoczono chorej 500 cm³ krwi sposobem pośrednim. Stan chorej po przetoczeniu krwi poprawił się o tyle, że tętno stało się wyczuwalne, choć bardzo przyspieszone. Przebieg pooperacyjny dobry. Chora opuściła szpital w dobrym stanie.

W preparacie pooperacyjnym stwierdzono brak światła między częścią śródmiąższową jajowodu a jamką w rogu macicy, w której usadowione było jaje płodowe. Dowodziło by to, że jaje pochodzące niewątpliwie z jajnika lewego (ciałko żółte) ominęło w swej wędrówce przed, czy po zapłodnieniu lewy jajowód, a przebywszy dość znaczną odległość przez wolną jamę brzuszną, usadowiło się w otwartym do jamy brzusznej kikucie wyciętego przed pół rokiem jajowodu prawego.

Przypadek II dotyczy obojnactwa wrzekomego męskiego zewnętrznego z cechami płciowymi drugo- i trzeciorzędnymi przeważnie męskimi oraz wyjątkowo dobrze rozwiniętymi narządami płciowymi zarówno męskimi (zewnętrznymi), jak i żeńskimi. Przypadek będzie szczegółowo opisany (streszczenie własne).

W dyskusji: Kol. Reiner uważa, że osobnika takiego należy uznać za mężczyznę, głównie ze względu na istniejący popęd płciowy.

Doc. dr Szymanowicz. W przypadku tym trzeba traktować sprawę z punktu widzenia życiowego, osobnik ten ze względu na swe cechy nadaje się raczej na mężczyznę.

Kol. W. Baranowski (z Oddz. IB Szpitala św. Łazarza) *przedstawił przypadek tężyczki w przebiegu mocznicy.*

Doc. dr S. Nowicki *wygłosił odczyt pt.: „Chirurgia układu wegetatywnego"* (całość przeznaczona do druku).

W dyskusji: Prof. dr Zieliński zwraca uwagę na znaczenie chirurgii układu wegetatywnego, która pozwoliła ustalić, że mamy do czynienia z osobną czuciową drogą układu wegetatywnego. Ustaliły to zwłaszcza prace Förstera. Stwierdzenie tego faktu wyjaśnia nam szereg dotychczasowych niepewności. Np. neuralgie nerwu trójdzielnego są w świetle nowszych badań właściwie sympatalgiami, które wymagają innych wskazań chirurgicznych niż dotychczas.

Kol. Bornstein obserwował w Strassburgu szereg sympatektomij okołonaczyniowych, nie zawsze jednak dawały one pomyślne wyniki, zwłaszcza nie udawały się one w chorobie Bürgera.

Kol. Herzog widział 2 przypadki sympatektomii. Jeden z tych chorych cierpiał na ciężką dusznicę bolesną, wycięto mu trzy zwoje szyjne po stronie lewej, wynik był nadzwyczajny. Drugi przypadek dotyczący 30-letniego osobnika z napadami dusznicy na tle czynnościowym operowany również z zupełnie dobrym wynikiem.

Prof. dr Rogalski zapytuje, jakie doświadczenia poroboino w tym zakresie w Krakowie.

W odpowiedzi doc. dr Nowicki. Przeszliśmy już okres kiedy sympatektomie były szeroko stosowane. Przypadki były liczne, kierowane zwłaszcza przez neurologów, rzadziej przez internistów. Gdy przed kilkunastu laty wykonywaliśmy zabiegów tych dużo, obecnie znaczniej mniej, doświadczenia bowiem wypadły w ogóle ujemnie. Dziś stosujemy sympatektomię tam gdzie są ściśle wskazania i gdzie można się spodziewać dobrych wyników. U nas wykonuje się przeważnie sympatektomię okołotętniczą. Wskazania Förstera w sprawach bólowych na twarzy może są zbyt daleko posunięte. Niepowodzenia w leczeniu nerwic nerwu trójdzielnego zależą często od błędów techniki operacyjnej.

Sekretarz: *Dr S. Dziuba.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 24 czerwca 1936 roku.

Przewodniczący: Wice-prezes: Dr Jan Szancenbach.

Odczytano i przyjęto protokół z ostatniego posiedzenia naukowego.

Prof. dr J. Przyborowski *wygłosił odczyt pt.: „Statystyka matematyczna w pracowni lekarskiej".*

Wnioskowanie na podstawie obserwacji powinno opierać się w pracowni lekarskiej tak, jak i w innych badaniach laboratoryjnych, na objektywnych kryteriach statystycznych. Zasadniczym zagadnieniem doświadczeń jest wnioskowanie na podstawie populacji próbnej o populacji generalnej. Pierwsze próby rozwiązania tego zagadnienia znajdujemy u Bayes'a, które jednak w ostatnich latach zostało zastąpione przez teorię wiarogodności (Fischera) oraz teorię błędów Neymana i Pearsona. Ocena ścisłości doświadczeń w technice laboratoryjnej lekarskiej winna się opierać na kryteriach uzyskanych na podstawie powyższych teoryj.

Jako przykłady przedstawił prelegent: opracowaną przez siebie metodę ścisłości równoległych analiz i zastosowanie prawa Poisson'a w technice badań mikroskopowych. Poza tym w odczycie poruszono zastosowanie rachunku prawdopodobieństwa w różnych dziedzinach interesujących lekarza (np. higiena społeczna).

Sekretarz: *Dr S. Dziuba.*

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia w dniu 25 marca 1936 roku.

1. Kol. Speidel: *„Rak jamy ustnej"* z pokazem chorych
2. Kol. Imich i kol. Lewenfisz *przedstawili 3 przypadki raka krtani, leczone naświetlaniem promieniami Roentgena.* Badanie histologiczne wykonał dr Ściesiński, naświetlał dr Lewenfisz. Poprawa głosu i zmian laryngoskopowych.

3. Kol. Helman: *„Rak krtani"*.

Kol. Helman wygłosił referat o nowoczesnej rentgenoterapii nowotworów złośliwych gardzieli i górnego odcinka dróg oddechowych i o wynikach leczniczych otrzymanych u chorych, napromienianych w miejscowym Instytucie walki z rakiem. Jakkolwiek leczenie chirurgiczne nowotworów złośliwych górnego odcinka dróg oddechowych ma tu najstarsze tradycje i dziś jeszcze liczy kilku gorliwych zwolenników w gronie kierowników laryngologicznych, to jednak liczba ich znacznie się zmniejsza z powodu niezbyt zachęcających wyników chirurgicznego leczenia. U takich mistrzów sztuki chirurgicznej, jak Gluck i Soerensen, liczba zgonów pośrednio lub bezpośrednio po operacji na skutek samego zabiegu dochodzi do 22%, u Hajeka do 25%, liczba nawrotów do 38%. W klinice warszawskiej na 275 raków krtani operowano 22 chorych, z tych zmarło na skutek samego zabiegu 7. Nie lepiej przedstawiają się statystyki innych klinik. Toteż gdy pojawiły się doniesienia o pomyślnych wynikach, otrzymanych przy leczeniu nowotworów za pomocą radu i promieni Roentgena, zaczęto i w laryngologii szeroko stosować tę metodę leczenia. Lecz chwilowy entuzjazm wkrótce ustąpić musiał miejsca rozczarowaniu i krytycyzmowi. Ówczesne metody naświetlania, polegające na stosowaniu jednorazowych dużych dawek niszczyły wprawdzie masy nowotworowe, ale jednocześnie niszczyły też sąsiednie tkanki zdrowe, powodując późniejsze bardzo groźne powikłania. I znowu powrócono z konieczności do zabiegów operacyjnych, udoskonalono metody chirurgiczne, lecz tylko w stosunkowo niewielkiej liczbie przypadków otrzymano względnie zadawalający wynik *quoad vitam*, narażając jednak chorego na utratę ważnego narządu, jakim jest krtań i sprowadzając pewne kalectwo i zmniejszenie wartości życiowej. Udoskonalenie rentgenoterapii, wprowadzenie metody napromieniania przewlekłego dawkami drobnymi, stosowanymi w posiedzeniach długotrwałych o małym natężeniu według wskazówek Regaud i Coutarda stanowi bezsprzecznie nowy doniosły etap w rozwoju rentgenoterapii. Zawdzięczamy to francuskiej szkole lekarskiej. Coutard przy leczeniu swą metodą nowotworów złośliwych górnego odcinka dróg oddechowych otrzymuje 50—60% wyleczeń, trwających ponad 5—6 lat; statystyka jego obejmuje wszystkie przypadki, nawet takie, które nie są uwzględniane w statystykach klinik chirurgicznych, jako nie nadające się do leczenia z powodu daleko posuniętych zmian.

Metoda Coutarda z rozmaitymi jej odmianami przy zachowaniu naczelnego warunku stosowania drobnych dawek przez dłuższy czas, w sumie przewyższających dawniejszą jedną lub dwurazową dawkę jest obecnie powszechnie stosowana i tą metodą naświetlani byli nasi chorzy.

Referent przedstawia na ekranie szereg obrazów laryngoskopowych i gardlanych, które przedstawiają stopniowe zmiany i zanik mas nowotworowych u chorych, leczonych metodą Coutarda w miejscowym Instytucie leczenia radem.

Liczba przypadków obserwowanych i leczonych jest zbyt mała, czas kontroli zbyt krótki, by wypowiedzieć się stanowczo o tej nowej metodzie leczenia, niemniej jednak wyniki w porównaniu z wynikami chirurgicznego leczenia są zastanawiające i zachęcające do jak najszerszego stosowania tej metody leczniczej. W początkowych okresach rozwoju choroby, gdy nowotwór jest ograniczony i nie ma jeszcze przerzutów w gruczołach wyniki są bardzo zadowalniające.

Przy nowotworach, obejmujących dużą część krtani i przechodzących na sąsiednie części metoda Coutarda jest metodą najlepszą i jeśli z powodu daleko posuniętych zmian nie można często uzyskać wyleczenia trwałego, to jednakże możność złagodzenia dotkliwych dolegliwości chorego na skutek dysfagii, zwolnienie go od kalectwa, przedłużenie życia wraz z zachowaniem względnej zdolności do pracy zawodowej daje nam w ręce broń, skuteczną w walce z tą ciężką plagą ludzkości. Dalsze udoskonalenie techniki naświetlań, które by zapobiegło późniejszym wtórnym uszkodzeniom, wczesne rozpoznanie schorzenia nowotworowego, które by umożliwiło zaatakowanie nowotworu cytokaustyczną energią promienistą jeszcze wówczas, gdy jest umiejscowiony i nie dał przerzutów, ścisła współpraca rentgenologa z laryngologiem, skrupulatna kontrola wyników podczas naświetlania celem uniknięcia przedawkowania da zapewne w przyszłości bardziej dodatnie wyniki.

Sekretarz: *Dr B. Czaplicki.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Na Walnym Zebraniu Spółki Wydawniczej Lekarskiej we Lwowie w dniu 28 lutego b. r. wybrana Rada Nadzorcza na okres 1937—1939 r. powołała prof. dra M. Frankego na przewodniczącego, prof. dra J. Kostrzewskiego na zastępcę przewodniczącego a prof. dra K. Bocheńskiego na sekretarza Rady.

Dr Zygmunt Brodowicz, prow. naczelnik Wydziału pracy, opieki i zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Białostockiego, przeniesiony w stan spoczynku z dniem 31. XII. 1936 r.

Dr Bolesław Żmigród, naczelnik Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Warszawskiego, przeniesiony w stan spoczynku z dniem 31. I. 1937 r.

Dr Antoni Hancewicz, lekarz powiatowy starostwa powiatowego w Wołkowysku, przeniesiony w stan spoczynku z dniem 31. I. 1937 r.

Dr Stanisław Majewski, lek. pow. starostwa powiatowego w Wysokim Mazowieckim, przeniesiony w stan spoczynku z dniem 31. I. 1937 r.

Dr Norbert Tomanowski, kontr. lek. pow. starostwa powiatowego w Ostrołęce, zwolniony na własną prośbę z dniem 31. XII. 1936 r.

Dr Piotr Zaręba, prow. lek. pow. starostwa powiatowego w Kozienicach, zwolniony na własną prośbę z dniem 31. I. 1937 r.

Dr Narcyz Michałowski z dniem 1 marca 1937 r. zaangażowany został na stanowisko p. o. lekarza naczelnego Ubezpieczalni Społecznej w Ciechanowie.

Dr Leonard Kowarski, inspektor Zarządu Centralnego Min. Op. Społ., został z dniem 1. I. 1937 r. przeniesiony na stanowisko naczelnika Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Warszawskiego.

Dr Marian Zachert, radca Zarządu Centralnego M. O. S., przejął z dniem 1. II. 1937 r. obowiązki inspektora.

Dr Andrzej Kosiński, p. o. naczelnika Wydziału pracy, opieki i zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Stanisławowskiego, został z dniem 1. I. 1937 r. przeniesiony na stanowisko prow. kierownika Oddziału Zdrowia Urzędu Wojew. Białostockiego.

Dr Wiktor Borkowski, prow. radca Wydziału Zdrowia Komisariatu Rządu na m. st. Warszawę, z dniem 1. I. 1937 r. przeniesiony na stanowisko p. o. naczelnika Wydziału pracy, opieki i zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Stanisławowskiego.

Dr Jan Pakowski, kontr. lek. pow. starostwa powiatowego w Gnieźnie, z dniem 1. II. 1937 r. mianowany prow. lekarzem powiatowym w tymże starostwie.

Dr Leopold Krauze, kontr. lek. pow. starostwa powiatowego w Kościanie, z dniem 1. II. 1937 r. mianowany prow. lekarzem powiatowym w tymże starostwie.

Dr Tadeusz Skalski, kontr. lek. pow. starostwa powiatowego w Nowym Tomyślu, z dniem 1. II. 1937 r. mianowany prow. lekarzem powiatowym w tymże starostwie.

Dr Maciej Katyński, kontr. lekarz powiatowy starostwa powiatowego w Wolsztynie, z dniem 1. II. 1937 r. mianowany prow. lekarzem powiatowym w tymże starostwie.

Lekarz Jan Makarewicz, kontr. lek. pow. starostwa powiatowego w Wilnie, z dniem 4. I. 1937 r. przeniesiony na stanowisko kontr. lekarza powiatowego w Postawach.

Lekarz Piotr Rudnicki, kontr. lek. pow. starostwa powiatowego w Bochni, z dniem 1. II. 1937 r. mianowany prow. lekarzem powiatowym w tymże starostwie.

Dr Aleksander Patejdl, powołany z dniem 1. I. 1937 r. na stanowisko komisarza Ubezp. Społ. w Drohobyczu.

Dr Paweł Martyszewski, powołany z dniem 1. I. 1937 r. na stanowisko komisarza Ubezp. Społ. w Warszawie.

Dr Józef Golicz, powołany z dniem 1. I. 1937 r. na stanowisko komisarza Ubezp. Społ. w Złoczowie.

Dr Franciszek Szkodziński, powołany z dniem 1. I. 1937 r. na stanowisko delegata Ministra Opieki Społecznej do Ubezp. Społ. w Drohobyczu.

Dr Antoni Wasilewski, zaangażowany z dniem 1. I. 1937 r. na stanowisko p. o. lekarza naczelnego Ubezp. Społ. w Brześciu n/B.

Dr Czesław Skarbek-Telszewski, zaangażowany z dniem 1. II. 1937 r. na stanowisko p. o. lekarza naczelnego Ubezp. Społ. w Zamościu.

Dr Walerian Chaciński z dniem 25. I. 1937 r. przyjęty w charakterze kontr. referendarza do Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego Warszawskiego.

Dr Czesław Kulikowski przyjęty z dniem 21. XII. 1936 r. w charakterze kontr. referendarza do Wydziału Zdrowia Komisariatu Rządu na m. st. Warszawę.

Ruch w towarzystwach lekarskich i zjazdy.

X posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego odbyło się dnia 2 kwietnia 1937 r. Porządek dzienny: 1) Kol. Olszewski K.: Przypadek ziarnicy złośliwej (demonstr.). 2) Kol. Japa J.: 2 przypadki lymphadenosis aleucaemica z ciężką niedokrwistością (demonstr.). 3) Kol. Jaburek L.: W sprawie patogenezy powrózkowego schorzenia rdzenia (myelitis funicularis (wykład).

Różne.

Z kraju.

Polskie Towarzystwo Balneologiczne wydaje nowe pismo periodyczne o charakterze archiwalnym pt.: *„Acta Balneologica Polonica"*. W komitecie redakcyjnym znajdują się obok uczonych polskich, również liczni przedstawiciele medycyny z rozmaitych krajów Europy i Ameryki Półn. i Południowej. Prace z zakresu balneologii i całokształtu medycyny zamieszczane są w językach: polskim, francuskim, angielskim i innych. Prace polskie są opatrzone streszczeniem w jednym z tych języków. *„Acta Balneologica Polonica"* postawiło sobie za cel naukową propagandę uzdrowisk polskich, przede wszystkim pracami klinicznymi nad działaniem wód rodzimych. Pismo to powinno jak najdalej dotrzeć, roznosząc plony polskiej pracy naukowej dla dobra nauki polskiej. Pismo wydawane jest w Krakowie.

Ministerstwo Opieki Społecznej wydało dnia 15. I. b. r. pismo okólne w sprawie kontroli obrotu kodeiną w hurtownych składach materiałów aptecznych. Składy sprzedające kodeinę muszą prowadzić szczegółową kontrolę obrotu tego środka.

W piśmie okólnym Min. Op. Społ. z dnia 9. II. b. r. podane są wykazy firm, którym udzielono zezwolenia na: 1) wyrób i przeróbkę środków odurzających — ogólna liczba firm 21, w tym ze Lwowa Laokoon, z Krakowa Pharma, z Łodzi Ubezp. Społ., Z Wilna J. Sianko i S. Kłok, z Poznania dwie firmy, ze Sosnowca jedna firma, reszta firm przypada na Warszawę; 2) hurtowny handel tymi środkami. Ostatnie zezwolenie ważne jest tylko na rok 1937. W wykazie firm, którym udzielono zezwolenia na hurtowy handel środkami odurzającymi na r. 1937 znajdują się dwie firmy krakowskie (Pharma i Zoria), trzy lwowskie (P. Mikolasch, Farmacja i Ozon), jedna wileńska, jedna łódzka, dwadzieścia jeden warszawskich itd. Ogólna liczba tych firm wynosi 37.

Urzędy wojewódzkie, komisariat rządu na m. st. Warszawę i starostwa miały przedłożyć do dnia 1 kwietnia b. r. plan akcji leczniczo-zapobiegawczej w roku budżetowym 1937/38 oraz wnioski o subwencje dla instytucyj i zakładów prowadzących akcję zwalczania gruźlicy, jaglicy, chorób wenerycznych, chorób zakaźnych, alkoholizmu oraz opiekę lekarsko-higieniczną nad matką i dzieckiem. Min. Op. Społ. zaleciło zwrócenie szczególnej uwagi na zwalczanie chorób społecznych i zakaźnych na terenach wiejskich.

International Society of Medical Hydrology z siedzibą w Londynie zwróciło się do Polskiego Towarzystwa Balneologicznego z prośbą o przysłanie danych o Instytucie Balneologicznym i o branie czynnego udziału w międzynarodowych zjazdach tegoż Towarzystwa.

W Buenos Aires ukazuje się dwumiesięcznik pt.: *Revista de Reumatologia*, poświęcony wyłącznie zagadnieniom gośćca. Do grona współpracowników zagranicznych został zaproszony Dr A. Mester z Krakowa. Nakład tego pisma wynosi 10.000 egzemplarzy.

W czasie od 12—24 kwietnia b. r. odbędzie się w Warszawie kurs dokształcający dla lekarzy pracujących w stacjach opieki nad matką i dzieckiem, zorganizowany przez Komisję Kursów Dokształcających Wydziału Lekarskiego U. J. P. w Warszawie z inicjatywy i przy poparciu Min. Op. Społ.

Komunikaty.

VII Zjazd Okulistów Polskich odbędzie się we Lwowie w dniach od 4—7 lipca 1937 r., jako sekcja okulistyczna XV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie. Tematy główne: 1) Metody lokalizacji w oku, referent Prof. Dr I. Abramowicz. 2) Jaskra i jej leczenie, referent Prof. Dr A. Bednarski, koreferenci z 5 klinik okulistycznych. Nadto odbędzie się wspólne posiedzenie sekcji okulistycznej z sekcjami internistyczną, neurologiczną i dermatologiczną dla tematu: Wpływ hipotonii na powstanie zaników nerwu wzrokowego i siatkówki, z referentem Prof. Dr Lauberem i koreferentami z poszczególnych działów. W dniu 5 lipca przed południem odbędzie się Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Okulistycznego. Koreferaty i komunikaty indywidualne należy zgłaszać do dnia 1 maja na ręce sekretarza sekcji Doc. Dr Grzędzielskiego, Lwów, ul. Pijarów 4, Klinika Okulistyczna U. J. K., z dołączeniem krótkich streszczeń w języku polskim oraz francuskim lub niemieckim.

II Rumuński Kongres Radiologii i Elektrologii Lekarskiej odbędzie się w Cluj w czasie od 21 do 23 maja 1937 r. Tematami głównymi są: 1) Diagnostyka radiologiczna schorzeń bruzdowych i okołobruzdowych. Referent: Doc. Dr L. Daniello. 2) Diagnostyka radiologiczna chorób tętnicy płucnej. Referenci: Dr E. Lazeanu, Dr M. Hanganut i Dr A. Moga. 3) Rentgenoterapia choroby Basedowa. Referenci: Prof. Dr D. Negru i Doc. Dr Gavrila. 4) Curieterapia nowotworów jamy ustnej. Referenci: Dr G. Severeanu i Doc. Dr I. Jovin. 5) Wyniki leczenia krótkimi falami. Referenci: Doc. Dr Bistriceanu i Dr T. Sparchez. Zgłoszenia uczestnictwa i komunikaty należy nadsyłać pod adresem Sekretarza Generalnego Dr M. Hanganuta w Cluj, Calea Motilor Nr 7/A do 1 maja b. r.

Redakcja otrzymała:

W. Klussmann: Biologisch-Zahnärztliches Taschenbuch 1937. Hippokrates-Verlag, Stuttgart-Lipsk. Cena: 7.50 RM.

Fr. Naróg: Zastosowanie i wartość lecznicza diatermii w chorobach oczu. Odb. z „Klin. Oczn." 1932.

Fr. Naróg: Dalsze spostrzeżenia i wyniki lecznicze przy zastosowaniu promieni pozafiołkowych i prądów o dużej częstotliwości w chorobach ocznych. Odb. z „Klin. Oczn." 1935.

R. Boscolo-Bragadin: Cuti-Auto-Stimulo-terapio indicata da una nuova teoria patogenetica. Padwa 1936.

Internacia Medicina Revuo. Nr 7/12. 1936. (oficialo Organo de Tutmonda Esperantista Kuracista Asocio).

Revista de Cirugia. Nr 1. 1937 (Meksyk).

Pamiętnik Kliniczny Szpitala św. Łazarza. T. IV. Z. 1—2. Nakł. Koła Dermatologów i lekarzy innych działów Szpitala św. Łazarza. Warszawa, 1936.

M. Gedroyć i S. Otolski: O właściwościach przeciwkrzywicowych niektórych związków fosforowych mineralnych i organicznych ze szczególnym uwzględnieniem inozytofosforanów. Odb. z „Arch. Chemii i Farm.". T. III. Z. II. 1936.

Die Drüsen mit innerer Sekretion. Aesculap-Verlag, Wiedeń-Lipsk 1937. Cena 18 MK. (Tłum. z amer. Glandular Physiology and Therapy).

The Quartz Lamp. Vol. VI. Nr 2. 1937.

L'Europe Médicale. Nr 10. 1937.

J. Charvát: Avitaminosy w československu. Nakł. Spółki Lekarzy Czeskich. Praga 1937. Cena: 8 Kc.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA	
w kraju	zł 12.—
za granicą	zł 18.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.

Protokół

Walnego Zgromadzenia „Spółki Wydawniczej Lekarskiej"-Lwów za rok 1936

odbytego w dniu 28 lutego 1937 r. w lokalu Izby Przemysłowo-Handlowej we Lwowie

Porządek dzienny:

1. Zagajenie przewodniczącego.
2. Sprawozdanie Dyrekcji za rok 1936.
3. Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.
4. Udzielenie absolutorium za rok 1936.
5. Rozdział zysków.
6. Wybór Rady Nadzorczej i Komisji Rewizyjnej.
7. Wnioski i interpelacje.

1) Przewodniczący Prof. Dr M. Franke: (w drugim, przewidzianym ogłoszeniami terminie) — otwiera Walne Zgromadzenie, stwierdzając obecność dostatecznej ilości udziałowców i udziałów, aby zgodnie z statutem móc powziąć prawomocne uchwały (obecnych 17 osób), następnie, uroczyste i serdeczne słowa wspomnienia poświęca zmarłym dwom udziałowcom Spółki, Doktorowi A. Kuhnowi i Prof. Dr H. Nussbaumowi, wyliczając Ich wybitne, ogólnie cenione wartości jako ludzi i zasługi naukowe, także żywy Ich udział w pracach P. G. L.

Przechodząc do spraw urzędowych i porządku dziennego Walnego Zgromadzenia przewodniczący zaznacza, że rok obrotowy 1936 był w dziejach Spółki rokiem przełomowym. Po okresie pewnych trudności koniecznym okazało się dokonanie prac i zabiegów, aby funkcjonowanie Spółki postawić w warunki normalne i na należytym poziomie. Dzięki energicznemu postępowaniu Rady Nadzorczej, a przy pomocy doradcy prawnego i fachowego buchaltera, usiłowania te osiągnęły całkowicie pozytywny rezultat.

Stało się zadość nie tylko wymogom prawnym i ustawowym, ale i interesy Spółki zostały zabezpieczone.

Od kwietnia 1936 roku, zgodnie z uchwałą Rady Nadzorczej, zawiadowcami administracyjnymi Spółki mianowano pp. Doc. Dr Józefa Lenczowskiego i Aleksandra Krawczyńskiego, księgarza we Lwowie.

Od tej chwili działalność i rozwój Spółki odbywa się w warunkach normalnych. Sprawozdania dzisiejszego Walnego Zgromadzenia udowodnią, że z ufnością można patrzeć w przyszłość, także na dalszy rozwój organu Spółki, „Polskiej Gazety Lekarskiej".

Przewodniczący stwierdza, że już na trzech z rzędu Zebraniach Rady Nadzorczej — sprawozdania zawiadowców wykazywały korzystne rezultaty ich prac i planów na najbliższą przyszłość.

Z kolei przewodniczący wyraża podziękowanie pp. zawiadowcom i kierownictwu biura Spółki w osobie Pani Jadwigi Pszornowej, Panu Redaktorowi Naczelnemu P. G. L. Prof. Dr W. Moraczewskiemu i Sekretarzowi Redakcji Panu Dr B. Giędoszowi za troskliwe dbanie o wysoki poziom naukowy pisma.

Wreszcie wyraża słowa podzięki wszystkim współpracownikom i autorom prac ogłaszanych na łamach P. G. L., zwłaszcza korespondentom oraz członkom komitetów miejscowych, prosząc o dalsze popieranie celów i rozwoju pisma.

2) *Sprawozdanie Dyrekcji:* p. Krawczyński w imieniu własnym i Doc. Dra Lenczowskiego zaznacza, że stając po raz pierwszy przed Walnym Zebraniem Spółki, poczuwa się do obowiązku oświadczyć, że objęcie zarządu administracyjnego Spółki w jej momencie trudnym i wykonanie prac dotychczasowych, które spotkały się z uznaniem Rady Nadzorczej zostało im ułatwione życzliwą współpracą i radą Prezesa Prof. Dra Frankego i doświadczeniem Kierowniczki Administracji Spółki.

Stwierdza, że jest najlepszym świadectwem wielkiej żywotności P. G. L., iż w krótkim stosunkowo czasie udało się przywrócić jej gospodarkę finansową do warunków zdrowych tak, że pierwszy już rok obrotowy, który przedstawiamy, zakończony został nadwyżką czystego zysku w wysokości zł 5.973.44.

Z kolei odczytuje poszczególne pozycje przychodu i rozchodu bilansu rocznego, przedkłada do dyspozycji wszystkich obecnych odpis bilansu i materiały dla zapoznania się ze szczegółami.

W dążeniu do zwiększenia zasięgu i liczby stałych czytelników, względnie prenumeratorów P. G. L., Administracja wydała w końcu ub. r. broszurę-prospekt, podający w skrótach ważniejsze praktyczne artykuły zamieszczone w P. G. L., plany redakcyjne na najbliższy okres, warunki prenumeraty itd.

Prospekt ten rozesłany został po całym kraju w ilości ponad 12 tysięcy egzemplarzy.

Na rok bieżący tj. jako zaproszenie do prenumeraty na rok 1938 Administracja ma zamiar przygotować broszurę-kalendarz z materiałem, który w ręku każdego lekarza będzie miał wartość praktyczną i trwalszą. Spodziewać się należy, że wysiłki te dadzą spodziewane rezultaty.

Następnie zabrał głos Doc. Dr Lenczowski oświadczając, że atmosfera zgodnej i pełnej zapału dla dobra Spółki Współpracy Administracji P. G. L. i łatwość porozumienia i uzgadniania postulatów Administracji z zakresem prac i planów jej Redakcji, także z Władzami Spółki, ułatwiają pracę i rokują dobre na przyszłość nadzieje.

Ponownie zabiera głos Prof. Dr Franke i zawiadamia, że z dniem 1 stycznia, w celu odciążenia Redaktora P. G. L. Prof. Dra Moraczewskiego od coraz liczniejszych w Gazecie prac, Redakcję „Praktyki Lekarskiej" powierzył Panu Drowi Giędoszowi.

Dalej Prezes zawiadamia, że jest w planach Spółki ogłaszanie konkursów na prace naukowe z dziedziny medycyny praktycznej, z których nagrodzone ogłaszane byłyby na łamach P. G. L.

Wysokość nagród i porządek ogłoszenia konkursów ustalony będzie przez Radę Nadzorczą Spółki.

Projekt ten został jednomyślnie przyjęty przez obecnych, jako bardzo cenny i pożyteczny.

Zabiera głos Dr Giędosz i przedstawia sprawozdanie z całorocznej działalności Redakcji, wymieniając w sumarycznych zestawieniach ilość ogłoszonych w ciągu 1936 roku artykułów teoretyczno-naukowych, praktycznych, sprawozdawczych itd.

Dr Giędosz dziękuje za słowa uznania wypowiedziane pod adresem Redakcji przez Prezesa i dziękuje za nieocenioną i najtroskliwszą współpracę wszystkim przewodniczącym i członkom Komitetów redakcyjnych, szczególnie Prof. Dr Nowickiemu i Prof. Dr Kostrzewskiemu z Krakowa.

Prezes otwiera dyskusję nad sprawozdaniem Dyrekcji Spółki i Redakcji.

Głos zabierają Prof. Dr Kostrzewski, Doc. Dr Sabatowski, Doc. Dr Zaorski. Prof. Dr Nowicki stawia wniosek na rozszerzenie rozmiarów P. G. L. początkowo przynajmniej o $^1/_2$ arkusza druku co drugi numer i równocześnie zwiększenie rubryk kroniki z życia naukowego i lekarskiego w całej Polsce.

Doc. Dr Zaorski stawia wniosek o zbieranie materiałów i drukowanie w P. G. L. życiorysów wybitnych lekarzy i uczonych polskich nauk medycznych.

Wnioski te znajdują aprobatę wszystkich obecnych.

3 i 4) Doc. Dr Zaorski w imieniu komisji rewizyjnej odczytuje wniosek o udzielenie Zarządowi Spółki absolutorium za rok obrotowy 1936. Wniosek jednomyślnie przyjęto.

5) Prezes na wniosek Rady Nadzorczej proponuje rozdział zysków 5.973.44 zł. który zostaje jednogłośnie uchwalony w następującym porządku:

w myśl statutu przelać na fundusz zapasowy 10%	zł	598.—
wypł. zawiad. p. Krawczyńskiemu umówione 5%	„	299.—
wypł. tyt. zapomogi dla wdów i sierót	„	400.—
przeznaczyć na konkurs za najlepszą pracę	„	200.—
wypł. tyt. renum. dla pracown. administr.	„	300.—
wypł. tyt. bilansow. buchalt.	„	50.—
przeznaczyć na honoraria	„	126.44
	zł	1.973.44

a 4.000 zł przekazać do funduszu obrotowego.

Przez głosowanie jednogłośnie uchwalono.

6) Przystąpiono do wyboru Rady Nadzorczej i Komisji Rewizyjnej.

Na członków Rady Nadzorczej na najbliższe trzylecie (1937—1939) zaproponowano:

Kraków: Prof. Dr Ciechanowski i Prof. Dr Kostrzewski.

Warszawa: Doc. Dr Zaorski.

Łódź: Dr Mogilnicki.

Lwów: Prof. Dr Bocheński, Prof. Dr Franke, Prof. Dr Lenartowicz, Prof. Dr Nowicki, Doc. Dr Progulski, Dr Pilewski, Prym. Dr Ruff, Prof. Dr Zalewski.

Propozycję powyższą jednogłośnie przyjęto.

Wybór Komisji Rewizyjnej:

Propozycja: Dr Tumidajski, Dr Zieliński, Doc. Dr Zaorski.

Jednogłośnie przyjęto.

7) Wnioski i interpelacje.

P. Krawczyński stawia wniosek, aby na przyszłe Walne Zgromadzenie przygotować zmianę statutu tj. art. VI., aby móc zwiększyć liczbę członków Rady Nadzorczej dla możności wprowadzenia do Zarządu Spółki udziałowców z Poznańskiego, Śląska i Pomorza.

P. Krawczyński proponuje także wzięcie udziału Administracji P. G. L. w mającym się odbyć w pierwszych dniach lipca 1937 roku XV Zjeździe Przyrodników i Lekarzy Polskich we Lwowie, w kierunku propagandy naszego wydawnictwa.

Oba wnioski uchwalono.

Przewodniczący dziękuje wszystkim obecnym, a przede wszystkim gościom przyjezdnym za przybycie i udział.

Doc. Dr Zaorski dziękuje Prezesowi Frankemu za prowadzenie agend Spółki i wyprowadzenie jej z trudnego położenia w roku 1935, także za przygotowanie i prowadzenie dzisiejszego Walnego Zebrania.

Na tym Przewodniczący zamyka Walne Zgromadzenie o godzinie 12.15.

Sekretarz Rady Nadzorczej — Prezes Rady Nadzorczej

K. Bocheński mp. — *M. Franke* mp.

Bilans Spółki Wydawniczej Lekarskiej na dzień 31. XII. 1936.

Stan czynny.

Gotówka w kasie		1.961.04
Gotówka w P. K. O.		2.213.65
Inwentarz sprzętów	1.097.95	
mniej 10% odpis	109.80	988.15
Papiery wartościowe (zł 300 3% poż. inwest.)		198.—
Dłużnicy (Gubrynowicz)		10.693.—
Rk przechodni (patent na r. 1937)		117.—
		16.170.84

Stan bierny.

Rk kapitału	10.000.—
Fundusz zapasowy	197.40
Nadwyżka	5.973.44
	16.170.84

Lwów, dnia 31 grudnia 1936.

Rk Strat i zysków Spółki Wydawniczej Lekarskiej na dzień 31 grudnia 1936.

Straty.

Koszta nakładu:		
Druk gazety	28.176.03	
Druk odbitek	4.761.61	
Druk i honorar. Praktyki	2.691.34	
Ruch przeciwgruźliczy	1.923.10	
Druk prospektów	470.—	
Sprawozd. Rady Tow. Lek.	163.80	
Sporządzenie indeksu	200.—	
Opaski i koperty	197.20	
Introligator	4.204.—	
Firma „Klisz“	667.43	
Płace redakcji	4.800.—	48.254.51
Koszty administr.		
Opłaty pocztowe	3.680.22	
Płace	5.838.—	
Świadczenie społeczne	588.13	
Podatki	489.09	
Telefon	256.50	
Noworoczne	47.50	
Tramwaje	240.—	
Przybory kanc. i druki	278.25	
Koszty Walnego Zgromadzenia	356.—	
Czynsz	810.—	
Koszty adw. i opłaty sąd.	2.527.92	
Różne	688.—	15.799.61
Procenta		142.95
Różnica kursowa papierów wartościowych		94.20
Amortyzacja ruchomości		109.80
Nadwyżka		5.973.44
		70.374.51

Zyski.

Wpływy z prenumeraty i za odbitki	32.440.71	
Wpływy za ogłoszenia	37.933.80	70.374.51
		70.374.51

Lwów, dnia 31 grudnia 1936.

Komisja Rewizyjna:

Doc. Dr Zaorski Jan mp. — *Dr Tumidajski Julian* mp.